

Ministério da Saúde

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



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS  
ICICT/ FIOCRUZ

NADJA MARIA SOUZA ARAÚJO

**VIVER MAIS E MELHOR:**  
O Programa Globo Repórter e as Redes de Sentido da Saúde

Orientadora:  
Profª. Drª. Inesita Soares de Araújo

Rio de Janeiro  
2011

**NADJA MARIA SOUZA ARAÚJO**

**VIVER MAIS E MELHOR:**  
O Programa Globo Repórter e as Redes de Sentido da Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Inesita Soares de Araújo.

Rio de Janeiro  
2011

Ficha catalográfica elaborada pela  
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

A659

Araújo, Nadja Maria Souza.

Viver mais e melhor: o programa Globo Reporte e as Redes de Sentido da Saúde / Nadja Maria Souza Araújo. – Rio de Janeiro, 2011. xii, 110 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica / Fiocruz, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2011.

Bibliografia: f. 108-110

1. Informação. 2. Comunicação e saúde. 3. Comunicação em saúde. 4. Mediação em saúde. 5. Promoção da saúde. 6. Estudos de recepção. 7. Mídia. I. Título.

CDD 302.23

**NADJA MARIA SOUZA ARAÚJO**

VIVER MAIS E MELHOR:  
O Programa Globo Repórter e as Redes de Sentido da Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em ciências.

Data da aprovação: 23/08/2011

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giane Moliari Serra - UniRio

---

Prof. Dr. Valdir Castro Oliveira – Icict/Fiocruz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Inesita Soares de Araújo – Icict/Fiocruz

Suplentes:

---

Prof. Dr. Paulo César Castro – Eco/UFRJ

---

Prof. Dr. Nilson Moraes – Icict/Fiocruz

Para Maíra, minha filha;  
José Paulo, meu pai,  
e minha mãe Maria (*in memoriam*), com amor imenso!

## Agradecimento

Lembramos, construímos sentido, somos no outro. Muito desta dissertação se fez no outro, a partir de e graças aos outros, os quais espero não esquecer neste agradecimento. Assim, agradeço:

A Nailsa Araújo, linda irmã em quem me espelho nessa trajetória acadêmica, sua presença perto da minha filha me deu tranquilidade para estar tão longe;

A Marcelo Vieira, amigo e ex-companheiro por não ter dificultado a minha ausência e assumido a supervisão, tão necessária, a nossa filha já adulta;

A Márcio Alexandre, que não apenas me apoiou desde o primeiro momento, como me acompanhou em grande parte da etapa no Rio de Janeiro e foi a calma, o carinho e amor sempre presentes;

A Inesita Araújo, orientadora, modelo e inspiração, por seus textos tão claros, por seu carinho, doçura e pela serenidade com que me orientou, sem esses cuidados seria impossível concluir;

Aos professores do PPGICS, em especial a Valdir Castro pela generosidade, Carlos Estellita pela paixão e Débora Diniz pela delicadeza;

A CAPES, a bolsa foi um apoio material essencial nessa jornada;

A Sergival que, não satisfeito em me ouvir e enxugar as lágrimas me levava de volta a Sergipe quando a saudade apertava, com sua música, seu conhecimento da cultura popular, beleza e riqueza da nossa terra;

A Glauce Amaral que, com um desprendimento incomum, me forneceu o conforto material e a tranquilidade estrutural quando precisei;

A Flávio Rego, irmão (por escolha) sempre disponível e pronto, sua alegria para com a vida me foi muito importante;

Aos colegas de curso com os quais dividi dias de angústia e alegria, em especial a Paulo Giacomini com quem estabeleci parceria durante todo curso, com quem briguei muito, mas a quem amo e admiro;

A Vanda Viveiro de Castro, coordenadora de produção do Globo Repórter que, sem me conhecer, atendeu ao pedido de entrevista, muito importante ao meu trabalho;

A D. Norma, Mariana Aragão, Vanessa Carvalho e Vanessa Ávila, David, Simone, Aparecida, Cristiane, Rogério, Iara, Gleice, Adriana, Maria Rita, José

Carlos, Maria, Ana, Maria Aparecida, Joana, Angenilda, pessoas que me ajudaram formando os grupos para a construção dos mapas;

A Márcio Garcez, amigo e fotógrafo dos mais sensíveis, sempre pronto para me socorrer;

A Paola Santana, fiel escudeira mesmo à distância, que colaborou no desenho dos mapas;

Aos amigos virtuais conhecidos ou não que me socorreram nas muitas vezes em que gritei na internet;

E, por fim, às mulheres guerreiras, amigas e irmãs de sangue ou de alma, que me acompanham e que acreditam que eu sou mais do que jamais alcançarei um dia: Nívia, Nadiselma, Synara, Cristiane, Ana Raquel e o trio Iara, Rísia e Ariadna – fios condutores do meu caminho.

*Nenhum de nós, por mais que se olhe no espelho ao longo da vida, guarda a memória das suas feições. Sei como você é porque estou olhando-o agora, mas você não sabe como são as suas feições, a não ser quando se olha no espelho. É como se a natureza quisesse nos dizer que fomos feitos para olhar o outro, e não a si próprio.*

*Como os povos indígenas têm pouca relação com o espelho, possivelmente têm essa possibilidade de desenvolver o olhar para o outro, mais do que para si mesmo. Isso deve ter alguma influência. É uma experiência empírica minha. Mas que me levou a pensar o seguinte: “Como me espelho no olhar do outro? Como o outro se espelha no meu olhar?” Só posso saber isso pelo caminho mais curto - o diálogo, que é a possibilidade de expressarmos o que somos e sentimos mais do que aquilo que pensamos. E, através dessa expressão, começamos a apreender a riqueza do grupo social, da comunidade que nós formamos.*

**Frei Betto**



## Resumo

Esta dissertação objetiva entender a relação entre os sentidos da promoção da saúde propostos pelo Sistema Único de Saúde e os sentidos propostos pela mídia e de como se dá a mediação entre esses últimos e a população.

O principal eixo teórico que permitiu cumprir os objetivos foi o da produção social dos discursos, particularmente a abordagem de uma teoria dos discursos sociais. A partir de um exame das concepções de Promoção da Saúde, foram analisadas algumas das edições do Programa Globo Repórter com temas da Saúde e elaborados Mapas do Mercado Simbólico (fontes e fluxos da comunicação recebida) e Mapas das Redes de Compartilhamento dos sentidos com grupos de pessoas nas cidades do Rio de Janeiro - RJ e na cidade de Aracaju - SE.

A pesquisa apontou que os sentidos da promoção da saúde articulados pela mídia apresentam uma abordagem comportamental e individualista e deixam de levar e conta as condições de vida dos indivíduos e coletivos. A construção dos mapas mostrou, porém, que apesar da centralidade da mídia, outras instituições constroem também sentido de saúde e concorrem com esta por uma melhor posição discursiva, dentre elas as instituições públicas de saúde.

A audiência, por sua vez, se apodera desse discurso a partir de seu próprio repertório, de acordo com os contextos e articula e compartilha estes sentidos em seus ambientes de convivência, compondo uma rede de semiose com possibilidades infinitas de desdobramentos.

## **Abstract**

This dissertation aims to understand the relationship between the senses of health promotion proposed by the Brazilian public health system (SUS) and those proposed by mass media and also the mediation processes between the latter and the audience.

The main theoretical axis that allowed us to achieve our goal was the social production of discourses, specially the approach to a theory of social discourses. From an examination of the concepts of Health Promotion, some editions of a TV news program, Globo Repórter - which featured stories about health issues - were analyzed, and Symbolic Market Goods (sources and flows of incoming messages) and Senses Sharing Networks maps were designed by groups of residents of the cities of Rio de Janeiro - RJ and Aracaju – SE.

The survey showed that the senses of health promotion presented by the mass media have a behavioral and individualistic approach and fail to take into account the life conditions of individuals and communities. However, the construction of the maps showed that, despite the centrality of the mass media, other institutions also build senses of health and compete with it for a better discursive position, among them public health institutions.

The audience, in turn, takes hold of this discourse from its own repertoire, according to the contexts, and articulates and shares these senses in their own environments, creating a network of semiosis with limitless possibilities unfolding.

## Lista de Siglas

ABC	Américas Broadcasting Company
ABC	Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano (região industrial do Estado de São Paulo)
AD	Análise de Discurso
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBS	Columbia Broadcasting System
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ECO/UFRJ	Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro
EMDR	Reprocessamento e Dessensibilização pelo Movimento dos Olhos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GR	Globo Repórter
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISS	Instituto Superior de Sanidade (Roma)
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PPGICS	Programa de Pós Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
SBT	Sistema Brasileiro de Televisão
SES	Secretária de Estado da Saúde

SMS	Secretária Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIRIO	Universidade do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
USP	Universidade de São Paulo

## Sumário

<b>1 Introdução</b>	13
<b>2 O Rio e Seus Afluentes</b>	20
2.1 <i>Saúde</i>	20
2.2 <i>Comunicação</i>	25
2.3 <i>Globo Repórter</i>	31
<b>3 A Carta Náutica – Percurso Metodológico</b>	36
<b>4 Rio Abaixo (Resultados e discussão)</b>	45
4.1 <i>Análise dos Programas - Saúde e Qualidade de Vida</i>	45
<u>4.1.1 Corpus ampliado</u>	45
<u>4.1.2 Corpus específico</u>	51
4.2 <i>Os mapas</i>	78
<u>4.2.1 Mapas do Mercado Simbólico de Aracaju</u>	78
<u>4.2.2 Análise – Aracaju</u>	80
<u>4.2.3 Mapas do Mercado Simbólico do Rio de Janeiro</u>	86
<u>4.2.4 Análise – Rio de Janeiro</u>	86
<u>4.2.5 Mapas de Compartilhamento Aracaju</u>	93
<u>4.2.6 Análise do Mapa de Compartilhamento de Aracaju</u>	96
<u>4.2.7 Mapas de Compartilhamento do Rio de Janeiro</u>	98
<u>4.2.8 Análise do Mapa de Compartilhamento do Rio de Janeiro</u>	100
4.3 <i>Uma rede infinita</i>	101
<b>5 O Estuário – Conclusão</b>	103
<b>Referências</b>	108
<b>Apêndices</b>	111

## 1 Introdução

*“Tudo aqui quer me revelar  
Minha letra, minha roupa, meu paladar  
O que eu não digo, o que eu afirmo  
Onde eu gosto de ficar  
Quando amanheço, quando me esqueço  
Quando morro de medo do mar”  
Zélia Duncan*

A saúde pública é um rio de águas turbulentas, mas com condições de navegação, o que torna compreensível a paixão e a militância que contagia grande parte das pessoas que se aproxima dela. Também eu fui tomada por essa paixão que me impulsionou até o mestrado na Fundação Oswaldo Cruz e, conseqüentemente, a esta pesquisa que ora apresento.

Parti da certeza de que a saúde é uma preocupação comum a todo ser humano. Entretanto, descobri que essa relação com a saúde e com o corpo sofreu muitas alterações na história da humanidade e o que se percebe hoje é uma acentuação da tentativa de afrontamento ao destino da espécie humana – a morte (BRUNO, 1992). Não se busca apenas a cura das doenças, mas uma prevenção primária a elas e um aumento da saúde. Tanto assim que, desde o início do século passado, em todo mundo os gestores públicos têm editado medidas que repercutem em todos os sistemas de saúde. Não basta simplesmente um corpo saudável, é preciso uma vida saudável, um bairro saudável, uma cidade saudável, preconizam os discursos e os documentos. A qualidade de vida é o principal foco da promoção da saúde. Embaixo desse imenso toldo cabem conceitos como meio ambiente, educação, trânsito, alimentação, saneamento, medicina natural, atividade física, felicidade, amor.

A saúde não é novidade na mídia, nem tão pouco exclusividade do Globo Repórter; na mesma emissora outros programas jornalísticos tratam do tema, sendo que recentemente foi criado um para falar exclusivamente de saúde – o Bem Estar. Além deste, para mencionar só a Central Globo de Jornalismo, programas como o Bom Dia Brasil, o Jornal Hoje e o Fantástico dão grande destaque ao assunto. Fora da Central de Jornalismo, o Mais Você, apresentado por Ana Maria Braga, também tem foco no assunto e é um dos mais vistos pelos participantes da pesquisa que permanecem em casa durante o dia. Partindo para outras emissoras, é possível apontar o vespertino E aí, Doutor? da Rede Record, o quadro “Dr. Responde” no

programa da Eliane do Sistema Brasileiro de Televisão (SBT), o Ser Saudável da TV Brasil e o Estúdio I da Globo News. Esses são apenas alguns exemplos da variedade de programas existentes na TV brasileira, que em busca da manutenção do Ibope dá à audiência aquilo que ela quer.

O interesse pela saúde é grande e essa certeza está respaldada por pesquisas com a audiência realizadas pelas emissoras, pelo retorno através das redes sociais e até por pesquisas realizadas por órgãos governamentais, como a realizada pela Agência de Comunicação FSB contratada pelo Ministério da Saúde no início de 2011, que apontou a saúde como principal preocupação de 44% dos brasileiros<sup>1</sup>. Em 2007, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) realizou pesquisa em todas as capitais brasileiras para saber qual o nível de informação da população sobre o câncer. Em resposta a um dos questionamentos da pesquisa, foi possível detectar que 90% dos brasileiros se informam sobre saúde através da televisão e que esse mesmo número considera mais confiável receber informações através dos profissionais de saúde<sup>2</sup>.

Apesar desse grande interesse tanto por parte da população quanto por parte da mídia, estudos acadêmicos que relacionem mídia e saúde não existem na mesma proporção. Na busca por saber quem já mergulhou nas águas da produção de sentido da saúde, pesquisei no Portal Capes, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no banco de teses da Universidade de São Paulo (USP) e no banco de teses da Pós-graduação da Eco/UFRJ. A pesquisa foi feita através do termo “construção dos sentidos da saúde pela mídia” (sentidos + saúde + mídia), assim encontrei estudos que se aproximavam do objeto em questão. Foi possível garimpar 64 trabalhos entre dissertações e teses, sendo que dentre eles, 27 receberam maior dedicação por estarem mais próximos do objeto tratado aqui.

Na BVS foram encontrados 12 trabalhos, quatro com maior destaque pela proximidade com os interesses dessa dissertação:

- Andressa Francisca Ribeiro pesquisou *Crença, responsabilidade e comunicação sobre a dengue em Aparecida\SP*, investigando o pensamento dos Agentes Comunitários de Saúde e o senso comum e se esses poderiam subsidiar uma participação popular mais efetiva no combate à dengue. Ela

---

<sup>1</sup> Informação obtida numa comunicação oral no Evento Tuberculose e Mídia promovido pelo Ministério da Saúde em maio de 2011 em Brasília

<sup>2</sup> Pesquisa – Percepção do brasileiro sobre câncer – INCA 2007 - Disponível em CD ROM

utilizou o método do Discurso do Sujeito Coletivo para identificar o conhecimento sobre a doença.

- Marcelus William Janes estudou a *Contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via Rádio na Grande São Paulo*, com o objetivo de analisar, a partir da programação de duas rádios comunitárias do município de São Paulo e dos discursos de seus ouvintes, como ocorre a comunicação de riscos sanitários e qual é a influência dessas mensagens nos hábitos cotidianos desses ouvintes. Sua metodologia combinou a análise dos documentos, entrevistas qualiquantitativas junto a ouvintes e o método do Discurso do Sujeito Coletivo.
- Ana Maria Monteiro de Castro pesquisou os discursos da promoção da saúde na mídia impressa na cidade do Rio de Janeiro, procurando identificar as matrizes discursivas envolvidas na construção da promoção da saúde. Ela recorreu à Análise de Discursos para analisar a coluna e seu modo de associar saúde e estética.
- Giane Moliari Amaral Serra analisou as estratégias discursivas adotadas pela mídia quanto a práticas alimentares de emagrecimento através da análise da Revista Capricho. A análise enfocou os seguintes aspectos: quem fala; o que fala; para quem fala; quem é o intermediário, como o discurso se mostra, interage e seduz o público leitor. Além desses aspectos, foram considerados os pontos convergentes e divergentes entre o discurso midiático sobre práticas alimentares para emagrecimento e o que é preconizado pelo discurso da ciência da Nutrição. De um modo geral, as conclusões ressaltam a importância da dimensão educativa dos profissionais de saúde e nutrição para o público adolescente, particularmente do sexo feminino.

Dos onze trabalhos encontrados no banco de teses da USP, três deles merecem destaque, dois porque estudaram a recepção e um porque estuda como se deu a construção da imagem de Aracaju como capital da qualidade de vida:

- Aline Fernandes de Azevedo trabalhou com o tema *Recepção: heterogeneidade e negociações de sentidos. O jornalismo político e os sujeitos leitores das revistas semanais*. Apesar de não trabalhar com os sentidos da saúde, investigou a capacidade dos leitores em assimilar, negociar e subverter os sentidos e utilizou a Análise de Discurso como



método levando em conta as várias faces do campo da comunicação.

- Margaret Presser também trabalhou com recepção, mais precisamente com a televisiva, e a produção de sentidos; entretanto foi um relato e uma análise de experiência de um grupo de estudantes e como os mesmos constroem sentidos a partir da televisão que se baseou na teoria das mediações, desenvolvida por Guillermo Orozco Gómez e Jesús Martín-Barbero. A pesquisa permitiu refletir sobre os diversos elementos que interferem na produção de sentido.
- O trabalho da arquiteta Dora Neuza Leal Diniz, *Aracaju: a construção da imagem da cidade*, apesar de ser um estudo da Faculdade de Arquitetura, discute como a imagem de uma cidade se forma a despeito da percepção urbana de capital com melhor qualidade de vida do país e se essa percepção era “expressão da forte manipulação da mídia na sociedade contemporânea”. A pesquisa se mostrou importante porque um dos programas que analisamos é o que divulgou a pesquisa do MS que afirmou ser Aracaju a Capital da Qualidade de Vida.

No banco de teses da Pós-graduação da ECO/UFRJ foram encontrados seis trabalhos que apresentam algum nível de aproximação com meu tema de estudo, sendo que dois deles mereceram melhor atenção:

- *Mídia e estilo de Vida: a busca do prazer e o cuidado de si na sociedade contemporânea*, de Viviane Dutra da Silva. Através da análise de propagandas de cartões de crédito e de reportagens sobre saúde, medicina e beleza publicadas na revista *Veja*, foi conduzida uma investigação sobre os estilos de vida produzidos pela mídia.
- Dione Baptista do Amaral estudou *Mídia e produção do Sentido Corporal*, buscando investigar o corpo como lugar que abriga a subjetividade ao longo dos tempos. A pesquisa enfoca a evolução do imaginário corporal para em seguida analisar, no discurso midiático, padrões contemporâneos de construção dos sentidos.

No portal Capes, depois de separar os estudos já encontrados nas demais pesquisas realizadas, foram garimpados 31 trabalhos e dada atenção especial a nove que indicavam um mesmo caminho metodológico ou um mesmo objeto de análise, mas apenas seis se apresentaram mais relevantes para a pesquisa:

- Mônica Soares da Fonseca Beato estudou *Os sentidos da promoção da saúde na atenção básica: estudos de caso na estratégia saúde da família*. O estudo analisou a promoção da saúde a partir da visão arqueológica de Foucault, como sendo um objeto disputado que pode tomar diferentes formas quando se transforma em estratégia de ação, não havendo por isso uma essência do objeto. A análise procurou transitar desde os macroprocessos de produção de sentido às questões institucionais e conceituais. Foi utilizada a Análise do Discurso francesa como instrumental teórico-metodológico auxiliar e complementar para a investigação psicossocial.
- Cássia Rita Louro Palha analisou *O povo e a TV. Construções do Popular na história do Globo Repórter - 1973/1985*. Trata-se de um olhar sobre a televisão brasileira vista de dentro do GR, buscando os caminhos pelos quais a televisão se constituiu como poder na sociedade, a percepção do universo próprio de seus produtos e do campo da produção cultural onde eles são construídos.
- *O modo de endereçamento do Globo Repórter: uma análise a partir de três períodos historicamente distintos* foi analisado por Marília Hughes Guerreiro Costa. Ela fez uma análise do modo de endereçamento do Globo Repórter ao longo do seu percurso na televisão brasileira, o que permitiu um estudo comparativo de três períodos historicamente distintos do programa, a fim de perceber o que mudou ao longo dos anos. As diferenças encontradas permitiram pensar as transformações do Globo Repórter ao longo do tempo e ajudaram a entender como a informação tem sido tratada em um dos mais tradicionais programas de jornalismo do maior canal de TV aberta do Brasil. Outros três estudos foram muito relevantes na conformação do cenário bibliográfico do tema aqui em pauta:
- A dissertação de mestrado de Igor Pinto Sacramento - *Depois da revolução a Televisão. Cineastas de Esquerda no Jornalismo Televisivo nos Anos Setenta*, apesar de estudar outros aspectos, se mostrou muito importante não só para conhecer a história e os elementos fundantes do programa, mas também para entender as mudanças de linguagem ocorridas em seus primeiros anos;

- A dissertação de Alloyse Rodrigues Boberg *Globo Repórter: Uma Investigação Sobre O Estilo Textual Da Reportagem Televisiva* investiga as características estilísticas da linguagem jornalística de televisão e os recursos linguísticos mobilizados pelos jornalistas na elaboração dos textos, que criam efeitos de naturalidade e espontaneidade com o propósito de tornar a informação mais clara ao público.
- O recorte do projeto de Iniciação Científica *Ciência na sala de casa: As descobertas e conquistas científicas na pauta do Globo Repórter*, através de um artigo de Laís Rissato e Denise Tavares, discute a ênfase dos temas “saúde” e “alimentação”, destacados entre os 34 programas produzidos sob a égide da editoria de Ciência, no período compreendido entre 2001 e 2004. Discute como estes temas são trabalhados no programa e em que sentido estas pautas podem ser consideradas como produção de Jornalismo Científico.

Diante desse levantamento, é possível entender que a presente dissertação integra um conjunto de trabalhos que permite um maior entendimento das relações entre o universo da saúde e o universo midiático, porém reivindica para si um lugar próprio, o do mapeamento dos discursos concorrentes da saúde e da identificação dos espaços nos quais a audiência compartilha e ressignifica os sentidos apreendidos.

A preocupação deste estudo é quanto a centralidade do papel da mídia no campo da saúde. Tradicionalmente, a busca pela audiência faz com que a mídia procure atender aos seus apelos. E se o apelo hoje é por uma saúde mais robusta, por uma maneira de viver mais e melhor, a mídia vai procurar atendê-lo. Ao atender a mídia faz opção por uma noção de saúde, ou algumas noções de saúde, e aqui também questiono qual é essa noção, já que ela não é única. A saúde se debate entre visões distintas mesmo dentro do seu campo. Existe uma tendência a uma visão individualista da saúde, através de uma abordagem comportamental de responsabilização dos indivíduos. Este estudo pergunta qual é visão que a mídia trabalha? Qual a visão que o sistema Único de Saúde trabalha? Quais as demais visões e quem mais constrói sentido no campo da saúde? E principalmente como a audiência se apropria desses sentidos?

Minha navegação situou-se na lacuna existente na identificação de discursos concorrentes na recepção das informações midiáticas sobre saúde e na avaliação

dos processos de apropriação, nesse caso nos sentidos da promoção da saúde, e de como, com quem e onde as pessoas compartilham os sentidos adquiridos. Para chegar a eles fiz um percurso metodológico que privilegiou a elaboração dos mapas das fontes e fluxos dos discursos que compõem os sentidos, tanto recebidos quanto compartilhados, em duas cidades brasileiras, em diferentes segmentos da população. Analisei os discursos do Globo Repórter a partir das suas condições de produção e identifiquei suas fontes e os sentidos da promoção da saúde que articula.

Esta dissertação tem os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral**

Entender a relação entre os sentidos da promoção da saúde propostos pelo Sistema Único de Saúde e os sentidos propostos pela mídia e de como se dá a mediação entre esses últimos e a população.

### **Objetivos Específicos**

- identificar as fontes utilizadas pelo programa Globo Repórter para falar sobre saúde;
- estabelecer a relação entre o discurso do programa e o discurso do SUS;
- desenhar a rede de produção dos sentidos da saúde com o grupo participante da pesquisa e a rede de compartilhamento dos sentidos apreendidos pela audiência.

Como nos versos de Zélia Duncan, não só os discursos aqui analisados constroem sentido também quando silenciam, na forma como são ditos, nas ancoragens teóricas que o sustentam, mas também a própria dissertação que aqui apresento. Sei que muitas vezes ela cala, outras vezes deixa de visitar teóricos e conceitos importantes, que posso ter deixado de escolher uma via que me levasse a um estuário mais rico e bonito, mas ela revela o que as condições dessa navegante e os prazos do mestrado permitiram, incluindo os medos.

## 2 O Rio e Seus Afluentes

*“É esta a missão da juventude, desta geração de lutadores e de domadores de serpentes que anunciam uma cultura e uma humanidade mais felizes e mais belas, sem ter desta felicidade futura e desta beleza superior mais do que um pressentimento cheio de promessas. Esta juventude vai sofrer simultaneamente do mal e do remédio e todavia crê poder orgulhar-se de uma saúde mais robusta e de uma natureza mais natural que as gerações precedentes, adultos e velhos cultos do tempo presente. Mas a sua missão é agitar a ideia que o tempo presente tem de “saúde” e de “cultura” e suscitar a crítica e o ódio contras estas noções híbridas e monstruosas; e o sinal que garante esta saúde mais robusta será justamente o fato de esta juventude, para exprimir a essência do seu senão, não poder utilizar qualquer noção, qualquer palavra de ordem partidária tirada da moeda corrente das ideias do tempo presente, e de crer, nas suas melhores horas, numa força que atua nela, que é uma força de luta, de dissidência, de divisão, e num sentimento cada vez mais exaltado da vida.”*

**Nietzsche**

A preocupação com uma saúde mais robusta e a ideia de saúde construída são enfocadas neste estudo. Alguns tripulantes foram convocados para ajudar a entender essas e mais algumas ideias caras ao nosso objetivo. Apesar de chegar com algumas noções pré-construídas, a pós-graduação me apresentou a nomes com os quais estabeleci uma parceria, convidei para virem comigo nessa viagem e que me ajudarem a construir meu olhar sobre o objeto; outros, apesar de me interessarem, não foi possível convocar, pelas limitações do mestrado, ficaram no caminho com a promessa de um novo convite, numa nova etapa acadêmica.

Assim, fiz viagem com teóricos da saúde e da saúde coletiva como Georges Canguilhem, Paulo Buss e Sérgio Carvalho. Antes de continuar com os estudiosos das demais áreas, falarei sobre esses primeiros:

### 2.1 Saúde

Várias gerações e culturas encontraram motivações e objetivos distintos na luta por corpos mais saudáveis, mas sempre estão e estiveram em busca dela. É uma luta simpática e que encontra defesa nas várias instâncias, seja ela pessoal, de grupo ou institucional.

A ideia de que o corpo humano é uma máquina é comum aos homens em geral e à ciência. Canguilhem (1978) nos lembra que foi Aristóteles quem fez a primeira comparação do organismo a uma máquina. É também Canguilhem que faz uma séria discussão do que seria o normal e do que seria o patológico quando se trata do organismo humano. Para ele a doença não é algo estranho ao organismo, mas uma possibilidade fisiológica não imaginada:

Por doença do homem normal deve-se compreender o distúrbio que, com o tempo, se origina da permanência do estado normal, da uniformidade incorruptível do normal, a doença que nasce da privação de doenças, de uma existência quase incompatível com a doença. É preciso admitir que o homem normal só sabe que é normal em um mundo em que nem todo homem o é, e sabe, por conseguinte, que é capaz de ficar doente, assim como um bom piloto sabe que é capaz de encalhar seu barco, ou como um homem educado sabe que é capaz de cometer uma gafe. O homem normal se sente capaz de adoecer, mas experimenta a certeza de afastar essa eventualidade. Tratando-se da doença, o homem normal é aquele que experimenta a certeza de poder frear, nele mesmo, um processo que, em outros, iria até o fim da linha. Portanto, para que o homem normal possa se considerar como tal, e crer na sua normalidade, precisa não do antegosto da doença, mas de sua sombra projetada. (CANGUILHEM, 1978, p. 247)

Essa sombra projetada leva o vivente a se interessar por saúde, por manter seu estado saudável. A saúde é a condição de exercício da vida que contém uma possibilidade de insucesso da qual nenhum tipo de exercício pode preservar o indivíduo.

No entanto, desde o início do século XX uma nova concepção de saúde vem sendo construída que se identifica com bem-estar e qualidade de vida e não só com a ausência de doença. A saúde deixa de ser biologicamente definida e passa a ser compreendida como socialmente produzida. A ideia de que saúde é uma conjunção de acontecimentos forma os primeiros conceitos de promoção da saúde que foram definidos desde a década de 20 no século passado por autores como Winslow e, na década de 40 do mesmo século, por Sigerist, os quais colocam a promoção como uma das quatro tarefas básicas da medicina, junto com a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação. O Informe Lalonde, editado no Canadá na década de 70 do século passado favoreceu a I Conferência de Alma-Ata e repercutiu em quase todos os sistemas de saúde mundiais e anos depois originou a Carta de Ottawa – vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria passam a ser os valores associados ao conceito da promoção da saúde. A promoção da saúde seria uma medida de prevenção primária e não estaria voltada a cura de doenças, mas ao aumento da saúde. (BUSS, 2003)

No Brasil, apesar das distorções ainda existentes, do baixo financiamento e de uma cultura medicalizada, os últimos 20 anos trouxeram um avanço qualitativo na saúde coletiva. A reforma sanitária brasileira vem se dando como fruto de uma movimentação social articulada que resultou na criação do Sistema Único de Saúde. A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como direito de todos e

dever do Estado e permite a criação do SUS baseado em três pilares básicos: a equidade, a integralidade e universalidade, além de contemplar a participação popular. O SUS incorpora muito dos princípios da promoção da saúde. Para Buss & Carvalho (2009), as ações de Promoção da Saúde (PS) são muito diversificadas e podem ser dirigidas tanto a indivíduos, quanto a grupos e população em geral, podem abranger um único problema de saúde e enfrentar, de forma mais abrangente, determinantes sociais. Podem mobilizar um ou vários campos de ação, podem dar ênfase a ações educativas ou mais ampliadas de qualidade de vida e desenvolvimento. Além disto, podem ser implementadas no âmbito de políticas públicas universais ou organizações privadas e ser uma política de governo federal, estadual ou municipal.

O conceito da promoção da saúde agrega uma variedade de sentidos e discursos. Para Buss (2000) os conceitos de promoção da saúde podem ser divididos em dois grupos. O primeiro é dirigido a transformações de comportamentos individuais ou ampliado aos ambientes comunitários em que se encontram:

Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. (2000, p.166)

O segundo caso, mais moderno, da Nova Promoção da Saúde trabalha com determinantes gerais sobre as condições de saúde:

Este sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades. (idem, p.167)

Os determinantes sociais de saúde (DSS) como associados às iniquidades são estudados através de várias abordagens. Uma delas entende que as diferenças de renda que provocam a escassez de recursos dos indivíduos e a falta de investimento em infraestrutura comunitária decorrente de processos econômicos

e de decisões políticas influenciam a saúde. Outra entende que as percepções e as experiências das pessoas em sociedades desiguais provocam prejuízos à saúde.

Mesmo entre as propostas mais modernas, como a da Nova Promoção da Saúde, que levam em conta todos os aspectos levantados por Buss e acrescentam outros, existem visões divergentes, algumas delas bastantes críticas ao que essa política de saúde provoca na vida das pessoas. Os críticos da abordagem anterior, nascida com o Relatório Lalonde, questionam o que consideram uma abordagem comportamentalista (CASTIEL; FERREIRA; GUILAM, 2010), qual seja a de ditar como as pessoas devem ou não se comportar. Também sob essa perspectiva, os comportamentos são escolhas individuais que independem dos contextos sociais, históricos e ambientais, portanto da “conta e risco” do cidadão.

Do projeto inicial, que objetivava adicionar anos à vida e vida aos anos (CARVALHO, 2004), à “Nova Promoção da Saúde”, as mudanças podem ser consideradas sutis, mas de grande importância, porque escapam da simples abordagem comportamental. Em sua proposta mais recente, a promoção da saúde seria “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OPAS, 1986) – ou seja, dar capacidade a indivíduos e coletivos.

Para Carvalho existem, nessa nova abordagem, dois conceitos chaves: “a necessidade de mudanças no modo de vida e, também, das condições de vida” (CARVALHO, 2004, p. 671). São acrescentadas nesse novo olhar a “criação de ambientes sustentáveis”, a “reorientação dos serviços de saúde”, o “desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais” e o “fortalecimento de ações comunitárias”. A principal diferença nessa nova abordagem é que os indivíduos não são apenas considerados responsáveis pelo cuidado com o seu corpo, mas também por criarem as condições, através de movimentação popular e participação, para terem uma saúde melhor, seja no cuidado, seja na prevenção, ou seja, a nova abordagem estabelece uma dimensão coletiva, saindo do plano meramente individual;

Ainda de acordo com Carvalho, a promoção da saúde deve dar respostas a situações complexas que vão além dos fatores de risco, já que o mesmo não é



“mais externo ao indivíduo, mas se inscreve, com ele, num complexo único de múltiplas dimensões – biológica, social e cultural” (2004, p. 673).

Lucíola Santos Rabello, em sua tese de doutorado, faz um estudo comparado das políticas de promoção da saúde no Brasil e no Canadá, levantando aspectos que diferenciam, dificultam e fortalecem as ações nos dois países tão diferentes. Em sua pesquisa de conceitos teóricos e políticas já implantadas, ela ressalta também que a promoção da saúde assume o conceito ampliado de saúde e “trabalha com o princípio de autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e o poder local.” (RABELLO, 2010, p.22)

Os críticos ainda consideram que ao responsabilizar os indivíduos, os Estados estão transferindo sua responsabilidade em garantir a saúde da população através da assistência. É preciso recordar que as discussões de promoção da saúde desde a primeira metade do século XX foram ocasionadas pela necessidade crescente de baixar os custos da assistência em saúde.

Assim a Nova Promoção da Saúde, mesmo sob fortes críticas em relação ao “policiamento” e à “regulação” de comportamentos, é considerada um avanço e um objetivo a ser alcançado. Entretanto, no cenário atual temos setores da sociedade, a exemplo da mídia, propagando um discurso da promoção da saúde ainda pautado no conceito inicial de responsabilização do indivíduo e na mudança de estilo de vida como a única alternativa para se alcançar a saúde desejada. E temos também as instituições públicas de saúde nas três instâncias de governo trabalhando com os dois conceitos ao mesmo tempo. Muitos dos programas implantados pelo Governo Federal sob o selo da promoção da saúde, por exemplo, apontam para uma abordagem nos moldes da Nova Promoção da Saúde como são os casos das Academias da Saúde e das políticas de incentivo à cultura da paz, só para citar algumas. O documento que explicita as diretrizes do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças do Ministério também trabalha com esses conceitos. Contudo, a publicidade do Ministério mantém a abordagem comportamental e a culpabilização do indivíduo, tratando-o como o maior responsável pelo cuidado de si, sem levar em conta as iniquidades que fogem do controle individual na maioria de seus peças.

## 2.2 Comunicação

A premissa teórica que orientou os rumos deste trabalho foi a da produção social dos sentidos, compreendendo assim a percepção de que o processo pelo qual os objetos e os fatos do mundo adquirem significado ocorre a partir das práticas sociais, sendo mediado pela linguagem. Dentro desse escopo, bem desenvolvido por diversos autores, entre os quais podem ser lembrados Verón (1980), Pinto (1994), Orlandi (1988) e Araújo (2002), alguns conceitos se mostraram relevantes para um melhor entendimento do universo pesquisado: discurso, condições de produção, contexto, mediação, mercado simbólico, poder simbólico.

O conceito de discurso é central e é a partir dele e em torno dele que podemos compreender os demais. No entanto, conceituar discurso não é tarefa fácil, devido à pluralidade de abordagens disciplinares que ele vem merecendo. A opção foi pelo entendimento de Michel Foucault de que discurso é uma prática e não uma simples articulação de ideias numa estrutura qualquer de linguagem. Discursos são *“práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam.”* (1986, p. 56). Esta noção é fundamental para entender a importância dos estudos dos discursos, pois o que se está estudando, em última análise, é a constituição da realidade. Certamente esse processo não resulta de uma relação automática de causa e efeito; pelo contrário, é mediado por inúmeros fatores, entre eles os vários contextos que criam suas condições de possibilidade, portanto suas condições de produção.

Como prática, ele não pode ser concebido como algo fechado, mas sim como algo que se constitui de forma diferente em cada situação a depender dos vários contextos, entre os quais o histórico, econômico, geográfico, (inter) textual, existencial e situacional. Neste sentido, as transformações nos vários campos da vida social afetam os discursos, criando-se uma relação dialética entre realidade e discurso.

Essa relação é mediada pela linguagem. Mas a linguagem, como nos ensinou Mikhail Bakhtin, é um ambiente de disputa, a língua é o grande espaço dos embates de sentido, o lugar onde os agentes sociais concorrem pelo poder de nomear e classificar o mundo, as pessoas e as coisas (ARAÚJO, 2000; BAKHTIN, 1986; BOURDIEU, 2004). Em outras palavras, concorrem pelo poder simbólico. A linguagem não se dissocia, pois das relações de poder.

O poder simbólico está relacionado “à *legitimidade das palavras e daquele que a pronuncia*” (BOURDIEU, 1989, p. 15). Esse poder é invisível e poucas vezes reconhecido, seja por quem está sujeito a ele, seja por quem o exerce. Falamos do poder de “construção da realidade”, portanto ligado às instituições sociais e materiais. (idem, p. 09; ARAÚJO, 2000, p. 145). Legitimidade é, então, um atributo central na prática comunicativa, sendo sua ausência ou presença uma das principais condições de produção discursiva. O estudo dos discursos midiáticos, ou dos discursos da saúde ou de qualquer outra prática discursiva não pode prescindir desse entendimento: a possibilidade do exercício do poder simbólico está na razão direta da legitimidade de quem fala, seja um indivíduo, seja uma instituição.

Então, no âmbito dos estudos da comunicação, importa-nos, especialmente, a síntese de Pierre Bourdieu que concebe as relações de comunicação como relações de poder, no caso, do poder simbólico acumulado pelos agentes ou instituições. Reiterando um ponto que para este estudo é talvez o principal, o poder nas relações de comunicação é “o poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a acção sobre o mundo [...]” (BOURDIEU, op.cit., p. 14).

A ideia de poder simbólico fica potencializada quando a ela associamos o conceito de discursos concorrentes (ARAÚJO, 2000 e 2002; VERÓN, 1980). Ou seja, se considerarmos que a comunicação opera como um mercado, ocorrendo um processo contínuo e negociado de produção, circulação e consumo discursivo; que nesse mercado o que está sendo negociado são visões de mundo, percepções sobre as coisas da vida e do mundo; que cada interlocutor está em busca, nesse mercado, de uma parcela do poder simbólico (ARAÚJO, 2002), então fica fácil entender o conceito. “Discursos concorrentes” é uma ideia que nos permite compreender como determinados discursos circulam num universo polifônico e são apropriados por pessoas e grupos, que têm, em seu universo simbólico, outros discursos circulantes.

A ideia subjacente a todo este raciocínio é a de mercado simbólico, desenvolvida amplamente por Araújo, em sua tese de doutorado (2002). A partir de contribuições de Bourdieu (mercado e poder simbólico), de Bakhtin (linguagem como arena dos embates sociais) e Fairclough (discurso como prática que possibilita a mudança social), entre outros autores, a autora propôs um modelo de comunicação, cujos termos principais o parágrafo acima resume. No entanto, é necessário lembrar que

um dos elementos centrais da proposta de Araújo está na interpretação de que este mercado simbólico não é um mercado de iguais. Antes, opera numa sociedade desigual, onde os poderes, inclusive o simbólico são desigualmente repartidos. Assim, o processo de negociação que caracteriza qualquer mercado, neste reveste-se da característica de luta por mais igualdade nas condições de produção, circulação e apropriação dos bens simbólicos.

O conceito de lugar de interlocução é central no modelo, indicando que cada interlocutor ocupa uma posição, que se localiza entre o centro e a periferia - posição que lhe confere maior ou menor poder de barganha. Esses atores desenvolvem estratégias para transitar entre as posições, sempre à procura de um melhor lugar de interlocução, situado mais ao Centro. As estratégias são possibilitadas por fatores de mediação, que às vezes favorecem, mas às vezes dificultam o fluxo. Os fatores de mediação podem ser de ordem pessoal, grupal, coletivo ou organizacional, material ou simbólica e ocorrem em contextos, cuja articulação determina o lugar de interlocução.

O modelo foi de grande ajuda para o estudo realizado, entre outras razões porque aponta para o desequilíbrio das condições de produção, circulação e consumo entre os interlocutores. Quando Araújo sustenta que é nas condições de circulação dos sentidos que o desequilíbrio e a assimetria são mais evidentes e pergunta: “Quem consegue fazer circular? Quem consegue ser ouvido?” e em seguida responde: “É ali que os sentidos dominantes ampliam sua hegemonia, ao silenciar os demais.” (2003, p. 07), me oferece elementos importantes que subsidiaram o mapeamento dos sentidos produzidos pelo programa Globo Repórter e as redes de compartilhamento, permitindo inclusive apontar as desigualdades também nas condições de circulação e consumo.

Estes conceitos que se mostraram importantes para a análise tanto das edições selecionadas do Globo Repórter quanto para a construção dos mapas dos mercados simbólicos e das redes de produção dos sentidos com os grupos (cf.c/ cap. 4, item 4.2), foram enriquecidos com a possibilidade teórica aberta por Norman Fairclough, que postula que o discurso também é espaço de mudança social. A preocupação central da teoria social dos discursos de Fairclough (2001) é estabelecer conexões entre os modos de organização e interpretação textual, como os textos são produzidos, distribuídos e consumidos e a natureza da prática social, em termos de sua relação com as estruturas e as lutas sociais. Essa fundamentação

é importante para compreendermos o mapa que conforma as redes de produção de sentidos dos discursos da promoção da saúde, na identificação das fontes utilizadas no GR, mas também e fortemente no modo pelo qual o GR articula os discursos dessas fontes.

Além da fundamentação de ordem geral, em relação à prática discursiva, um dos particulares interesses deste estudo situa-se no consumo dos textos, que aqui trataremos também como apropriação, considerando os termos equivalentes. A teoria social dos discursos nos diz que os textos são consumidos de formas diferentes em contextos sociais diversos (BARTHES, 1993; ORLANDI, 1988; VERÓN, 1980). Dependendo do trabalho interpretativo, dos modos de interpretação, da forma de consumo (individual ou coletivo), ou se são guardados ou transformados em outros textos. Fairclough explica:

Os processos de produção e interpretação são socialmente restringidos num sentido duplo. Primeiro, pelos recursos disponíveis dos membros, que são estruturas sociais efetivamente interiorizadas, normas e convenções, como também ordens de discurso e convenções para a produção, a distribuição e o consumo de textos do tipo já referido e que foram constituídos mediante a prática e a luta social passada. Segundo, pela natureza específica da prática social da qual fazem parte, que determina os elementos dos recursos dos membros a que se recorre e como (de maneira normativa, criativa, aquiescente ou opositiva) a eles recorre. (2001, p. 109)

Para ele existem sete dimensões que podem ser consideradas quando se analisa discursos. Quatro delas fazem parte da organização da análise textual: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Três dimensões referem-se à organização da análise da prática discursiva: a força dos enunciados, a coerência e a intertextualidade dos textos, sendo estas as que estão relacionadas mais diretamente aos objetivos da nossa pesquisa.

**Força dos enunciados** – contribui para explicar a redução da ambivalência dos textos realizada pelos participantes, mostrando parte do efeito do contexto nessa redução. Entretanto o efeito do contexto não é sempre o mesmo nem na construção do sentido, nem na redução da ambivalência. A maneira como a interpretação é afetada pelo contexto varia de um discurso para outro, por isso a diferença entre os tipos de discurso é interessante socialmente.

Outro aspecto importante na força de um texto é o que Fairclough chama de seu “componente acional”, a ação realizada, os atos desempenhados (uma ordem, uma pergunta, uma ameaça). Para ele existe uma diferença entre força e proposição, estão em contraste: “o componente proposicional, que é parte do

significado ideacional, é o processo ou a relação que é predicado das entidades” (idem, p. 111).

**Coerência dos textos** – a coerência de um texto está na relação entre as partes que lhe constituem. Embora Fairclough afirme que “um texto só faz sentido para alguém que nele vê sentido” (idem, p. 113), ele lembra que a leitura de um texto depende dos princípios interpretativos a que recorre, ou seja, os sujeitos compreendem e fazem conexões através das posições estabelecidas pelos textos, de acordo com princípios interpretativos necessários à leitura coerente.

**Intertextualidade dos textos** – é a propriedade de conter fragmentos de outros textos, delimitados explicitamente ou mesclados em assimilação, contradição, ou eco irônico. Do ponto de vista da produção, a intertextualidade acentua a historicidade, isto é, a propriedade de se constituir de outros textos existentes. Na distribuição, explora as redes em que se movimenta e se transforma que favorecem a mudança de um tipo de texto a outro. No consumo, é preciso acentuar que além do texto e dos textos que o compõem, existem os textos trazidos pelos intérpretes. “O conceito de intertextualidade toma os textos historicamente, transformando o passado – convenções existentes e textos prévios – no presente”, assim Fairclough sintetiza a intertextualidade (idem, p. 115).

Por fim, um conceito da maior relevância para este estudo é o de Mediação, de difícil conceituação por sua abrangência e utilização em vários campos, do filosófico ao jurídico. No campo da comunicação, poderíamos mencionar, entre outras possibilidades conceituais, a de Roger Silverstone, que a compreende como movimento de ressignificação de um texto para outro, numa constante transformação de significados, à medida que circulam, e à medida que nós, individual e coletivamente, colaboramos para sua produção (SILVERSTONE, 2002).

Também falando de movimento, mas numa perspectiva de luta simbólica e de relações de poder, encontramos a compreensão de Inesita Araújo de que mediação designa “os fatores que permitem e promovem os fluxos simbólicos entre os agentes sociais, favorecendo e caracterizando a codeterminação e o equilíbrio de forças” (ARAÚJO, 2000, p. 08). Para a autora, trabalhando a partir das ideias de Guillermo Orozco, “as mediações são produzidas por um processo multidimensional e multidirecional, entre outras razões, pelo fato de que as pessoas

ocupam diferentes posições sociais e lugares de fala, sendo, portanto agentes de múltiplas mediações” (idem, p. 08).

Foi justamente a abordagem de Orozco a privilegiada nesta pesquisa. Foram importantes não só seu conceito de mediações, como o de comunidades interpretativas, por sua maior adequação ao que me propus fazer: entre outros objetivos, compreender o modo pelo qual uma determinada audiência de um programa televisivo estabelece suas próprias redes de produção dos sentidos. Orozco trabalha com os conceitos de mediação e multimediação, entendendo as mediações como sendo “processos de estruturação derivados de ações concretas ou intervenções no processo de recepção televisiva.” (1991, p. 57). Seu pressuposto é que a interação TV/Audiência emerge de um processo complexo, multidimensional e multidirecional, que abarca vários momentos, cenários e negociações que transcendem a tela de TV. Orozco também distingue mediações e fontes de mediação, sendo estes os lugares onde se originam esses processos estruturantes. As fontes de mediação são várias: cultura, política, economia, classe social, gênero, idade, etnicidade, os meios, as condições situacionais. Também se originam na mente do sujeito, em suas emoções e suas experiências.

Para Orozco o telespectador se faz de várias formas. E é este tema que lhe permite introduzir um interessante conceito, o de comunidade interpretativa. Para ele, “comunidade interpretativa” é onde a audiência adquire sua identidade. É um grupo de sujeitos sociais unidos por um conjunto particular de práticas sociais e por um âmbito de significação, do qual emerge uma significação especial para sua atuação social. Essas comunidades resultam de um determinado jogo de mediações e da produção de sentido.

Sua tipologia das mediações, que enuncia em diversos artigos, está assim definida:

**Mediação Videotecnológica ou massmediática:** pressupõe que as capacidades eletrônicas da televisão não só possibilitam uma reprodução fiel da realidade como também provocam reações emotivas que dependem das manobras que fazem dessa realidade. Para ele o “alto grau de denotação (vs. conotação) permite que o código utilizado na sua estruturação dificilmente seja percebido pelo telespectador.” (2005, p. 29). Assim a TV, além de representar a realidade, a faz verdadeira perante o telespectador, naturalizando seu discurso.

**Mediação Cognitiva:** essa provém das capacidades individuais, dos condicionamentos genéticos e culturais e da história. Ele define esse tipo de mediação como “guiones” ou “scripts”, se referindo “ao processo de conhecimento dos telespectadores em sua interação com a programação e não ao processo de apropriação dos fatos sociais realizados pelos meios massivos de informação [...]”. (2005, p. 32)

**Mediação Situacional:** pressupõe que a situação em que se assiste à TV e mesmo o ato de assistir é em si uma mediação. Parte da ideia de que o telespectador, quando assiste à TV, não está fazendo apenas isso, mas está mentalmente ligado a outras situações cotidianas. Assim, o que se faz, onde se faz e com quem se assiste TV são situações de mediação de acordo com Orozco. Para, além disto, o autor defende que a interação com a TV independe dela ligada ou não, inicia antes de ligar e permanece depois de desligada, porque as decisões de ver TV não são atos individuais, mas “respondem a ‘padrões’ para se assistir TV, que são por sua vez, ‘práticas’ para passar o tempo livre, realizadas diferente e sistematicamente por segmentos do público telespectador.” (idem, p. 34)

**Mediação Institucional:** o público é muitas coisas, essa é a ideia central dessa mediação. O telespectador é filho, pai, mãe, professor, padre, católico, ateu. Ou seja, eles atuam em outros papéis e cenários. O lar e a escola são alguns desses cenários. “Por ser um participante ativo nessas instituições, o telespectador está sujeito à influência e acaba sendo objeto de diversos recursos de legitimação – que frequentemente entram em concorrência com a TV [...]”. (idem, p. 34)

**Mediação de Referência:** os referentes também se constituem em mediação. A etnia, o gênero, a idade são mediações de referência, a origem geográfica e social também. O perfil de audiência é muito utilizado pelos publicitários e pelas emissoras de TV na hora de vender sua programação e também na hora de definir suas pautas, assim há programas com focos em mulheres e adolescentes, por exemplo.

### *2.3 O Globo Repórter*

O Programa Globo Repórter da Rede Globo de Televisão está há 38 anos no ar e durante esse período passou por transformações em sua estrutura narrativa. Inspirado no programa Amaral Neto – O Repórter teve como primeiro nome Globo-



Shell Especial quando estreou em 1971, passando a se chamar Globo Repórter dois anos mais tarde. No portal da Emissora, o Globo-Shell Especial é tratado como outro programa que foi substituído pelo Globo Repórter em abril de 1973 no horário das 23 horas com o objetivo de “analisar com mais profundidade os principais acontecimentos jornalísticos nacionais e internacionais do mês, que, por uma questão de tempo, não poderia ser detalhados nos telejornais.” ([www.g1.globo.com/globo-repórter](http://www.g1.globo.com/globo-repórter)). Entretanto, vários pesquisadores consideram que um nasceu do outro com a mesma narrativa de filme documental.

De acordo com Resende (2005, p. 11), este é “o único programa do país que iniciou em película, adotou novas tecnologias e está no ar até hoje”. O Globo-Shell foi estruturado pelo cineasta Paulo Gil Soares como um encontro entre cineastas (documentaristas) e a TV e é o programa de origem documental há mais tempo no ar da TV Brasileira (RESENDE, 2005). De acordo com o portal da emissora ([www.globo.com/globorepórter](http://www.globo.com/globorepórter)), o programa foi criado com o objetivo de “suprir uma carência do público de se aprofundar no conhecimento de assuntos polêmicos ou de interesse geral”. Temas sociais ignorados ou pouco tratados nos jornais da casa eram as temáticas desse novo programa que se propunha a fazer uma produção brasileira sobre o Brasil através de documentários.

O GR nasceu independente da Central Globo de Jornalismo e continuou assim durante três anos, abrindo espaço para documentaristas. Ajudou a ampliar o público para o cinema brasileiro e foi considerado mais uma forma de resistência às produções internacionais. Nesse formato não se demorou muito e as coberturas jornalísticas tomaram conta do programa. Nos anos 80 o videoteipe se afirmou como um processo de produção mais viável e trouxe consigo uma nova linguagem e uma nova narrativa, selando a separação entre cineastas e repórteres. Além disso, a abertura democrática do país tornou a informação mais pulverizada. Os cineastas perderam espaços e as reportagens jornalísticas nas quais os repórteres ocupam um papel central marcaram uma nova fase do programa e justificaram seu nome – Globo Repórter.

Quando falamos na abertura democrática temos de localizar a Rede Globo, emissora que produz e veicula o Globo Repórter, nesse cenário, porque a partir da década de 1960, quando iniciou seu processo de implantação com capital estrangeiro, não há como falar nos meios de comunicação em massa no Brasil sem falar na emissora. Na década seguinte, a Rede Globo já recebia mais de 40% das

verbas publicitárias disponíveis no país, o que é predominante para o crescimento da emissora, já que foi nessa década que ocorreu um grande desenvolvimento dos meios tecnológicos com a aplicação da microeletrônica. (HERZ, 1987)

Era apenas o começo, o crescimento das Organizações Globo e sua relação íntima com o poder autoritário brasileiro percorreu todo o período da ditadura militar. A ditadura ficou para trás, mas a ligação da emissora com as forças conservadoras que lhe garantem, entre outras, o acesso a informações privilegiadas continua. Em 2009 a Rede Globo, segundo dados do jornal Folha de S.Paulo, faturou R\$ 7,7 bilhões, o equivalente a 73,5% da receita publicitária do ano. Nesse mesmo ano a televisão produziu 11 mil horas de conteúdo nacional. Os números são mesmo impressionantes: são 12 mil funcionários, contratação de 130 produtores de audiovisual independentes, cinco emissoras próprias (Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Minas Gerais e Recife), e 121 afiliadas. Hoje a Rede Globo é a maior emissora de televisão da América Latina e a terceira maior do mundo, ficando atrás apenas das norte-americanas de ABC e CBS.

A década de 1970 foi marcada pela expansão da emissora para uma rede nacional, época em que procurou uma “televisão de qualidade”, e foi no jornalismo que se deu o investimento maior. Na expressão de Sacramento (2008, p. 14), “o Globo Repórter é criado para ser um dos símbolos dessa nova estética televisiva no momento em que se procura fazer esquecer a ‘televisão do grotesco’”. O diretor do programa na época, Paulo Gil Soares, em depoimento à sua filha Paula Muniz, disse que a educação do público era um dos objetivos do GR:

Nós sabíamos a composição, a quantidade de mulheres, de homens e jovens. Sabíamos que o programa complementava a educação ou as informações que a audiência não tinha tido, tínhamos consciência de que aquelas pessoas não tinham economia para comprar jornais ou revista. (2001 apud SACRAMENTO, 2008, p. 130)

No mesmo depoimento, Paulo Gil falou das dificuldades encontradas para manter os documentaristas à frente do programa, já que a direção da emissora queria dar ao mesmo um estilo mais jornalístico. Os programas passaram a ser feitos com vários temas numa só exibição, acabou prevalecendo o estilo documental, mas já numa mistura com o jornalístico. Em entrevista a Igor Sacramento em 2008, Walter Lima Júnior afirmou que o formato se baseava nas possibilidades de linguagem cinematográfica, apesar das características de reportagem:

“O diretor podia apostar numa certa relação com o entrevistado, podia tirar o *off* e deixar o povo falar (isso não era o maior problema, porque o som direto permitia isso e eu, particularmente, busquei investir muito nisso), mas tinha que trazer alguma coisa. Tinha que trazer alguma notícia. Tudo tinha que ser factual e atual”. (SACRAMENTO, 2008, pág.132, aspas do autor)

Conforme assinala o mesmo autor, a proposta era, portanto, sobrepor a informação à opinião. Numa época em que o telejornalismo era apontado como o grande futuro da televisão (o que despertava o interesse da emissora nesse formato), o GR se encaixava nesse segmento e, sendo premiado já de início pela Assembleia Legislativa da Guanabara, teve garantido espaço e investimento, passando a ser semanal.

A saída de Moacir Masson e a supremacia de Paulo Gil no comando trouxeram novidades. Os programas passaram a ser classificados de acordo com as suas temáticas. O *Globo Repórter* ganhou rubricas como Atualidades (reportagens sobre acontecimentos de recente repercussão nacional ou internacional), Ciência (reportagens sobre as conquistas das ciências naturais e biomédicas em diferentes áreas), Documento (documentário de um único tema nacional dirigido por um cineasta brasileiro, conservando, assim, de certo modo, a experiência de *Globo-Shell Especial*), Futuro (documentários ou reportagens sobre os usos, os benefícios e os malefícios das novas tecnologias) e Pesquisa (documentário ou reportagem de um único tema internacional). Ao longo da primeira década do programa, outras rubricas são utilizadas, como Arte (documentário importado sobre os principais artistas do Brasil e do mundo) e Aventura (documentário importado sobre uma história de aventura baseada em fatos reais) e algumas são esquecidas. O programa era exibido com esses selos num esquema de rodízio. (SACRAMENTO, 2008, p. 133/134)

O que se criou, por fim, foi um programa que misturava a linguagem do telejornal com a do cinema documental, coisa compreensível para um veículo que se firmava e buscava sua linguagem. Os programas jornalísticos televisivos têm uma característica básica de utilizar pouco tempo e recursos avançados de imagem e videografismo para corroborar a compreensão do enunciado. Essa característica por si só faz da televisão (e da cobertura feita por ela) um veículo peculiar, porque unifica duas mídias de grande apelo e sedução como o rádio e o cinema; mas, como se desenvolve dentro de um tempo e um espaço específicos e tem de atender a necessidades comerciais também específicas, não dispõe do mesmo tempo que essas duas mídias para cada abordagem. Neste sentido, o GR tem suas vantagens: a partir do momento em que passou a ser temático, pôde dedicar mais tempo à sua pauta.

E a pauta, já na década de 1970, como podem comprovar as pesquisas de Sacramento (2008) e Resende (2005), tinha a saúde como tema. Nos primeiros

quinze programas do Globo-Shell Especial exibidos em 1971, um dos temas já era saúde. Dos 250 programas exibidos naquela década, 22 tinham a ciência como tema, muito deles sobre descobertas científicas na área da saúde ou tratamento de doenças: 13 com o tema saúde propriamente dito, além dos muitos focados no sentido ampliado de saúde, mas sob os subtítulos *sociais, comportamento e esportes*. A década de 80 manteve o mesmo investimento, com 16 programas sobre ciência e 19 sobre saúde, além dos outros três temas transversais. Hoje o programa é exibido todas as sextas-feiras no horário das 22h15min, tem uma duração média de 45 minutos e é dividido em seis editorias: *Atualidade, Comportamento, Aventura, Denúncia, Meio Ambiente e Ciência*.

### 3 A Carta Náutica – Percurso Metodológico

*“Que grandeza não havia vazado na vazante daquele rio em direção aos mistérios de uma terra desconhecida...”.*

**Joseph Conrad** (No Coração das Trevas, 1984, p. 13)

Para dar conta dos objetivos dessa navegação foi necessário seguir três procedimentos metodológicos, que chamarei de Carta Náutica: entrevista aberta em profundidade, análise de discursos e mapeamento das redes de produção de sentidos (mapas do mercado simbólico – fontes e fluxos – e das redes de compartilhamento).

Entretanto, antes de iniciar o processo metodológico foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, responsável pela análise dos Projetos do PPGICS que necessitam desse tipo de avaliação. Superado essa fase, a pesquisa pode transcorrer normalmente.

A entrevista em profundidade foi o instrumento escolhido para fazer o levantamento das informações a respeito das condições de produção e dos dispositivos de enunciação do Globo Repórter. Esse procedimento se mostrou mais eficiente por ser uma técnica qualitativa capaz de possibilitar a exploração do assunto a partir da busca de informações e experiências para análise (DUARTE, 2009). Através dele foi possível descrever os processos e fluxos e entender como o programa se relaciona com suas necessidades de informação sobre saúde, onde, com quem e de que modo se informa, quem são suas fontes autorizadas para a definição de suas coberturas em saúde, além de facilitar a compreensão dos intertextos que constituem seus discursos.

Os caminhos foram tomados na tentativa de entrevistar um produtor ou editor do programa (e/ou, eventualmente, pessoas que ocupassem outro lugar e fossem indicados destes). Das técnicas utilizadas que careciam da participação de terceiros, esta foi a mais difícil de realizar. O primeiro movimento foi feito através de alguns contatos de e-mail conseguidos através das minhas relações pessoais, sem sucesso. O segundo movimento seguiu as orientações da emissora, através do Universidade Globo, um serviço de relacionamento entre a emissora e a academia para atender os pedidos de pesquisadores de diversas áreas. Foi preciso enviar um pedido oficial com o projeto de pesquisa resumido, a solicitação à empresa, o roteiro da entrevista e uma declaração da instituição assinada pelo orientador. O mínimo de

tempo exigido para o atendimento da demanda é de seis meses. O pedido foi enviado ao endereço da emissora no Rio de Janeiro nos primeiros dias de 2011 e jamais chegou qualquer resposta. Por fim, em maio de 2011 enviei um pedido de entrevista ao e-mail da coordenadora de produção, contato conseguido através de um sistema de *mailing* que presta serviços a assessorias de comunicação. Após as trocas de alguns e-mails, consegui realizar a entrevista com a coordenadora de produção via e-mail. Ela respondeu a todas as perguntas inicialmente formuladas, que constam do roteiro em anexo nessa dissertação, e tirou outras dúvidas que foram surgindo no decorrer da redação, sempre via e-mail.

Os procedimentos característicos da análise social dos discursos foram utilizados para compreender como o sentido da promoção da saúde é construído através do Globo Repórter, numa perspectiva comparada com os discursos da promoção da saúde próprios do campo da saúde coletiva. A análise de discurso objetiva entender o processo de produção dos sentidos, aliando a cena social ao ato discursivo. Trata-se de um modelo de análise relacional e comparativo e com uma variedade de métodos para sua operação. Para dar conta dos objetivos desta pesquisa optei por trabalhar com o método desenvolvido por Barthes em seu livro *S/Z* (1992) em que, partindo da premissa do plural dos textos, identifica os “códigos”, marcas que traduzem vozes presentes num dado texto. Para precisar melhor os códigos a ser buscados, associei a esta perspectiva metodológica a noção de “palavras plenas” (MAINGUENEAU, 1993), que referencia palavras ou expressões cujo sentido depende da formação discursiva em que o texto se inscreve, mas que se atualizam em cada novo contexto discursivo. Araújo ressalta que, apesar dessa prática analítica correr o risco de evocar os procedimentos próprios da Análise de Conteúdo, trata-se legitimamente de Análise de Discursos, “uma vez que as unidades lexicais só fazem sentido para a AD enquanto indivíduos linguísticos, membros da rede intertextual que conecta aquele texto com uma série [...]” (2002, p. 156). Trabalhei ainda com o conceito de condições de produção, que está relacionado à posição social, às estruturas institucionais, à natureza tecnológica do veículo que circula o discurso e às relações políticas e culturais, além de ao momento histórico do interlocutor com poder de fala, e também ao do interlocutor para quem se fala. (ARAÚJO, 2000)

Inicialmente, a partir da literatura disponível sobre promoção da saúde e de documentos das instituições da saúde pública, foi identificado um conjunto de

termos (isolados ou articulados entre si) que, por serem histórica e institucionalmente investidos de sentido, caracterizam a presença dos discursos da promoção da saúde, a saber:

- Risco;
- Cuidado de si;
- Viver mais e melhor;
- Qualidade de vida;
- Envelhecimento ativo;
- Alimentação;
- Atividade física.

O corpus analítico ampliado foi formado pelos programas temáticos de saúde veiculados nos anos de 2009 e 2010: entre 90 programas, 33 foram incluídos tematicamente. Os mesmos foram assistidos, sendo feito resumo da forma e do formato, além de anotações gerais de expressão e mudanças na narrativa. A partir do tratamento de cada tema, foi feita uma análise geral da produção durante os dois anos, procurando focar a forma de ver a saúde e buscando indícios dos demais discursos convocados.

Outros quatro programas foram selecionados para formar o corpus reduzido no qual foram aplicados os procedimentos da análise de discursos. Eles foram selecionados levando em consideração os temas mais recorrentes: alimentação, atividade física e comportamentos considerados capazes de melhorar ou piorar a qualidade de vida e as condições de saúde. Três dos programas estão classificados no subtítulo Saúde e Alimentação: 1) Dieta Mediterrânea; 2) Como viver bem até os 100 anos? e 3) Mistérios do Cérebro. O quarto programa divulga uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre qualidade de vida no Brasil, veiculado em abril de 2008. Essa escolha se justifica porque parte da pesquisa seria (como de fato foi) aplicada em Aracaju (SE) e essa edição cunhou pela primeira vez o slogan “Capital da Qualidade de Vida”, mote que vem sendo utilizado de maneira ufanista pela população e publicitariamente pelo poder público, com enfoques político e eleitoreiro. Nosso entendimento é que essa edição tem uma importância vital na forma como o aracajuano percebe sua cidade e constrói sentido sobre ela e sobre a saúde, tornando-se assim imprescindível sua análise para os pressupostos desta pesquisa. A gravação dos programas selecionados foi assistida algumas dezenas de vezes, os programas transcritos e analisados em seus textos, imagens e edição.

Foram identificadas as abordagens e suas condições de produção, os códigos e as palavras plenas, bem como as mudanças e formas de reiteração (que são mecanismos de consolidação dos discursos e sentidos que os formam).

Para compreender como a audiência se apropria dos sentidos de saúde propostos pelo Programa Globo Repórter e quais as suas redes de compartilhamento, foram construídos os mapas do mercado simbólico (ARAÚJO, 2005), de forma participativa com os grupos selecionados. Esses mapas são o resultado da cartografia de redes de produção de sentidos da saúde, e permitem identificar fontes, discursos e fluxos de comunicação. De acordo com Araújo, o procedimento apresenta a vantagem adicional de ser um instrumento para conhecimento da realidade para os próprios sujeitos da pesquisa.

O processo de fazer o mapa, as discussões que ele propicia, levam as pessoas a traçarem um diagnóstico da sua realidade, que extrapola largamente o âmbito estrito da comunicação: ao perceberem de onde emanam as informações sobre um tema, como circulam e como aquelas fontes interagem com as outras, as pessoas percebem também as relações de poder que permeiam não só as relações comunicativas, mas as relações sociais. Percebem, também, de onde emanam os discursos que formam seus próprios discursos, sendo portanto um importante aliado na formação de uma visão crítica da comunicação. (ARAÚJO, 2005, p. 02)

A proposta de Araújo abrange o que seria propriamente o mercado simbólico de um dado tema, ou seja, as fontes de circulação de sentidos que integram um determinado universo simbólico. Utilizando a mesma lógica, o procedimento foi ampliado para a elaboração de mapas de circulação dos sentidos a partir da população estudada. Ou seja, o segmento da população que no mapa do mercado simbólico foi considerada ponto de recepção e processamento dos sentidos, no mapa de circulação passou a ser fonte emanadora de discursos, que circulam por outros universos simbólicos. Como veremos, alguns elementos estarão presentes nos dois mapas, o que seguramente nos indica a presença de uma efetiva rede de produção dos sentidos.

Os grupos foram constituídos a partir do perfil da audiência do Globo Repórter. Trata-se de um programa assistido especialmente pela classe C, responsável por 52% de sua audiência, seguida das classes A/B, com 32% da audiência. Dentre estes, a maioria é de mulheres – 52%, sendo a faixa etária entre 25 e 39 anos a que representa a maior fatia de audiência – 40% –, seguida pela



faixa de 50 anos, com 34%<sup>3</sup>. Partindo dessas informações, trabalhamos com um extrato de audiência com oito pessoas da cidade do Rio de Janeiro no Sudeste do Brasil e oito pessoas de Aracaju, capital do menor Estado da região Nordeste, selecionadas a partir do conceito de segregação das classes sociais.

A segregação espacial das classes sociais é um marco das cidades brasileiras e, entre outras coisas, aprofunda as diferenças. Alguns autores identificam três tipos de segregação: uma oposição entre o centro e a periferia; uma separação das áreas ocupadas pelas moradias das classes mais populares e aquelas ocupadas pelas classes mais privilegiadas; uma separação entre as funções urbanas, que ficam contidas em zonas destinadas a funções específicas (comercial, industrial, residencial etc.) (LOJIKINE, 1997 apud SABOYA, 2009).

A segregação está baseada em grandes desigualdades no que diz respeito a condições sociais. De acordo com Pastore e Haller (1993) a sociedade é dividida em seis classes. A primeira é a classe média alta, que reúne pessoas de alto poder econômico e importante influência política. A segunda é a classe média superior, onde a maioria das ocupações é não manual qualificada ou proprietária de médio porte. A terceira é a classe média média, que se concentra em ocupações não manuais qualificadas e, a partir desta, o poder de influência se torna limitado. A quarta é a classe média baixa, a maioria das ocupações é manual qualificada e nesta há baixos níveis educacionais. A quinta é a classe baixa superior, com ocupações manuais não qualificadas. A sexta é a classe baixa inferior, a mão-de-obra é rural não qualificada. A periferia, em geral, é ocupada pelos que pertencem às três últimas classes. Aqui é importante ressaltar a diferença de organização urbana entre o Rio de Janeiro e Aracaju, sendo que a primeira foge um pouco da descrição com as três últimas classes habitando também partes mais próximas ao centro, através da ocupação dos morros, nas chamadas favelas. Esse fator explica inicialmente a diferença no corte aqui dado na escolha dos grupos das duas cidades.

A partir dessa diferença organizacional das cidades, a seleção se deu da seguinte forma: no Rio de Janeiro, as quatro pessoas da classe A ou B e as quatro da classe C foram selecionadas entre moradores da zona sul, especificamente Botafogo, e de bairros do subúrbio e da baixada fluminense – duas pessoas de cada classe em cada uma das áreas. Em Aracaju, apesar de utilizar o mesmo número de

---

<sup>3</sup> Dados do portal da Rede Globo, endereço <http://comercial.redeglobo.com.br/>, acesso em 05.05.2010

peças por classe, as quatro de classe A e/ou B são moradores da zona sul e as quatro da classe C do subúrbio. A seleção das peças foi feita a partir de processos de indicação. A gerente de uma Unidade de Saúde de Aracaju indicou duas peças que identificou como, reconhecidamente, assíduas na assistência do Globo Repórter e que se encaixavam no perfil de audiência do programa; essas peças indicaram as outras duas e nos reunimos para construir os mapas numa sala dentro da Unidade de Saúde. Assim, reuniram-se uma revendedora de produtos medicinais de 39 anos, uma dona de casa com características de timidez de 49 anos, uma mãe de 32 e um guarda municipal de 44. A inclusão de um homem a alguns dos grupos reunidos foi interessante porque apesar de ser minoria (48%), eles também fazem parte do perfil de audiência do programa e em alguns casos ajudam a cuidar da saúde da família, papel exercido prioritariamente pela mulher.

Inicialmente, nas reuniões com os quatro grupos, expliquei aos participantes do que se tratava a pesquisa e sugeri que eles conversassem entre si, sobre onde e com quem se informam sobre saúde, seja na família, no trabalho ou através dos meios de comunicação. A medida que os interlocutores iam sendo citados, fomos desenhando conjuntamente, em papel madeira com a ajuda de canetas esferográficas e separando por cores os que podiam ser considerados do mesmo campo (comunidade discursiva). Eles foram estimulados a pensar também em que fontes se alimentam essas comunidades para tentarmos chegar a outros interlocutores não diretamente ligados, mas que constroem sentido nas discussões sobre saúde. Toda e qualquer contribuição foi aceita e respeitada no mapa, a não ser aquelas que, na discussão em grupo, os parceiros, com opiniões diferentes, conseguiram convencer do contrário. Depois de esgotadas todas as possibilidades de interlocução sobre saúde no grupo, passamos ao segundo momento quanto tratamos dos lugares onde os participantes falam e com quem conversam sobre saúde. Nesse momento eles foram questionados sobre com quem e em que ambiente conversam sobre as informações, conhecimento e crenças que têm sobre saúde, e principalmente, se sabem que papel eles tem nesses momentos. Se se consideram importantes nessas discussões. As reuniões foram gravadas em áudio.

Ao final da reunião de construção dos mapas, os agentes de saúde chegaram da área e pediram para observar, de vez em quando davam palpites, mas foram importantes para tirar dúvidas sobre o território. Todos são moradores do bairro Santa Maria, antigo Terra Dura. O bairro foi fundado no final da década de 1980 com

a construção de conjuntos habitacionais onde foram instaladas famílias sem teto, muitas delas retiradas de áreas de risco no Estado de Sergipe e retirantes de estados vizinhos. No início eram apenas as casas e mais nada: sem pavimentação, sem saneamento básico, sem escola ou unidade de saúde, sem trabalho e sem lazer; enfim, sem nenhum dos serviços básicos, as pessoas passaram a dividir o mesmo espaço. Pessoas que não pertenciam àquele lugar, que não se conheciam. Após quase três décadas a situação está um pouco melhor, existe o mínimo de serviços públicos, a exemplo de escolas e unidades de saúde, um número razoável de organizações não governamentais e igrejas, além da instalação de algumas indústrias e estabelecimentos comerciais que proporcionam uma oportunidade de emprego e uma vida cada vez mais afastada da violência e do mundo do crime. Hoje é um lugar menos violento, apesar de ainda carente de serviços básicos, entretanto com uma comunidade cada vez mais integrada e orgulhosa do bairro.

As outras quatro pessoas, moradoras de dois bairros vizinhos da Zona Sul (Luzia e Suíça), foram indicadas e selecionadas a partir das relações da pesquisadora, as quais foram indicando outras que assistiam ao programa e também se encaixavam no perfil. Assim, fechamos com duas jornalistas, uma de 37 e outra de 27 anos, um sociólogo de 37 e uma administradora hospitalar de 38 anos. Aqui também um homem foi incluído no grupo, pelo mesmo motivo do anterior e ainda por sua característica de ser, declaradamente, preocupado com o corpo e com o cuidado de si.

Essas pessoas têm condições de vida e moradia completamente diferentes das do grupo anterior. Apesar de Aracaju ser uma cidade pequena, duas delas jamais visitaram o outro bairro. São todas beneficiárias de planos de saúde e não utilizam os serviços públicos para os atendimentos e encaminhamentos médicos. As unidades públicas de saúde são utilizadas apenas para vacinação dos filhos e animais domésticos ou para dispensação de medicamentos especiais financiados pelo SUS. As áreas nas quais reside esse grupo são dotadas de todos os serviços públicos, como saneamento, pavimentação, escolas, hospitais privados e áreas de lazer e socialização. São pessoas consideradas de classe média média e/ou média alta, todas com formação acadêmica e com poder simbólico reconhecido seja no local de trabalho, seja na sociedade aracajuana, como são os casos da jornalista, editora chefe de um programa jornalístico na emissora afiliada da Rede Globo em Sergipe, e da administradora hospitalar.

Os participantes do Rio de Janeiro foram selecionados a partir da indicação de pessoas da rede pessoal de relações da pesquisadora, garantindo-se os requisitos estabelecidos: fosse audiência do GR e morasse em áreas que atendessem aos princípios da segregação espacial, respeitando as classes sociais. Assim, um dos grupos foi composto por duas pessoas da classe B, uma jornalista de 30 anos e uma secretária de 33 anos, moradoras da zona oeste e norte respectivamente, e por duas pessoas da classe D, um garçom de 49 anos e uma copeira de 43 que moram na Baixada e na Zona Norte, respectivamente. Nesse grupo os contextos eram diferentes, desde o bairro em que moravam, que não eram os mesmos, até suas condições diferenciadas de assistência à saúde e conseqüentemente de comunidades discursivas que construíssem sentidos de saúde. O grau de escolaridade também era diferente, sendo que apenas uma tinha formação universitária, uma segunda com segundo grau completo e as outras duas com poucos anos de estudo e em atividades laborais manuais. Mais uma vez o homem do grupo se identificou como o membro familiar responsável pelo cuidado do resto da família. Esse grupo tinha em comum o mesmo local de trabalho, sendo que um deles era funcionário efetivo de uma instituição pública e os demais funcionários de empresas terceirizadas que prestam serviços a essa instituição. A reunião para construção do mapa foi feita no local de trabalho dos quatro no Centro do Rio de Janeiro.

O segundo grupo carioca foi formado por moradores da zona sul, especificamente Botafogo. As duas pessoas da classe B foram selecionadas através da indicação de conhecidos, sendo mãe e filha, uma dona de casa de 62 anos e uma assistente social de 37 anos. As pessoas da classe D, duas mulheres de 35 e 45 anos, donas de casa e diaristas, foram indicadas por uma professora de Educação Física da Associação de Moradores do Morro Santa Martha. A reunião para construção do mapa foi realizada na sede da Associação de Moradores do Morro Santa Martha. A comunidade é bastante conhecida no Brasil, sendo a primeira a ter implantada uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) e a ter instalado um teleférico para transportar os moradores até os pontos mais altos do morro, ambas as ações do Governo do Rio de Janeiro. Além disso, o Santa Martha é um dos morros mais famosos e conhecidos da cidade carioca, já tendo atraído diversas celebridades internacionais para suas ruelas estreitas e íngremes, como é o caso de Michael Jackson e Madonna. Hoje é considerado um local tranquilo por

causa da UPP e modelo para a chamada retomada do poder público dos locais ocupados pelo tráfico. Os moradores da comunidade declararam que gostam disso, que hoje sentem orgulho do local onde moram e consideram a comunidade um bom local para viver.

Mais uma vez, nesse grupo carioca, tivemos uma única pessoa com formação acadêmica, engajada politicamente no movimento social e atuante na assistência social como funcionária da Prefeitura do Rio de Janeiro. Uma dona de casa extremamente interessada nos cuidados de saúde, especialmente com a alimentação e a atividade física, sendo essas suas principais preocupações. Para tanto assiste a todos os programas que enfoquem o tema, lê jornais e revistas e pesquisa na internet. As outras duas tinham poucos anos de estudo, nenhuma relação com outros meios de comunicação que não a televisão, o rádio e os jornais mais populares, e usuárias dos serviços de saúde da comunidade, sejam os públicos, sejam os da Associação de Moradores, onde fazem atividade física, sem muito conforto.

Como resultado, foram produzidos inicialmente oito mapas de produção dos sentidos, a saber: em cada grupo, um mapa do mercado simbólico de recepção e um mapa das redes de compartilhamento. Os mapas foram reunidos por cidade, respeitando-se as modalidades, resultando em dois mapas de cada cidade, um da recepção e outro das redes de compartilhamento.

Os mapas de produção dos sentidos na modalidade recepção visam identificar as fontes discursivas sobre saúde que compõem o acervo de saberes sobre saúde de cada indivíduo ou grupo. Os mapas de redes de compartilhamento objetivam identificar as “comunidades de interpretação”, nos dizeres de Orozco (1991), ou seja, os diversos grupos em que sucessivamente os indivíduos compartilham e reelaboram seus discursos sobre um dado tema. O método utilizado (ARAÚJO, 2005) opera sobre a primeira modalidade, sendo a segunda uma forma de apropriação metodológica, com base nos princípios teóricos que dão suporte a esta pesquisa.

O mapeamento, portanto, permitiu traçar redes de produção dos sentidos da saúde nas duas cidades, entendidos como casos típicos num universo de possíveis.

## 4 Rio Abaixo (Resultados e discussão)

*“Para alguns, o já dito é fechamento de mundo. Porque estabelece, delimita, imobiliza. No entanto, também se pode pensar que aquilo que se diz, uma vez dito, vira coisa no mundo: ganha espessura, faz história. E a história traz em si a ambiguidade do que muda e do que permanece”.*

**Eni Orlandi**

### 4.1 Análise dos Programas - Saúde e Qualidade de Vida

Durante os dois anos analisados, os temas mais comuns no programa foram os que falam da natureza e da saúde da população no que diz respeito à qualidade de vida. De acordo com o portal da Rede Globo, quando o GR completava 35 anos, em 2008, foi feita uma pesquisa com a audiência, através da internet, para saber sobre os temas que gostariam de ver tratados no programa e a saúde foi o mais votado. Desde então, suco verde, ração humana, dietas equilibradas, orientações para perda de peso e temas similares têm sido constantes na pauta. Pelo menos uma vez ao mês, existe uma edição tematizada na saúde e na qualidade de vida.

#### 4.1.1 Corpus ampliado

Nos anos de 2009 e 2010, na editoria *Ciência* foram veiculados 33 programas tematizados na saúde, a grande maioria deles baseados em estilos de vida saudáveis e personificados em quem fez desse caminho uma escolha. A média é de um programa sobre saúde ao mês, entretanto em alguns meses chegam a ser três como demonstrados abaixo:

#### 2009

**Janeiro** - Terapias Alternativas

**Fevereiro** - Plantas/energia

**Abril** - Idosos em Atividade; Yoga

**Mai**o - Vinhos uruguaio; Estilo de vida francês

**Junho** – Açaí

**Julho** - Trigo

**Agosto** – Café; Emagrecimento; Fobias

**Setembro** - Sono

**Outubro** - Medicina Fitoterápica

**Novembro** - Dor crônica

2010

**Fevereiro** - Dietas/ Ração Humana

**Março** - Exercícios

**Abril** - Células tronco; Alimentos

**Mai**o – Alergias; Medicamentos Naturais

**Junho** - Hipertensão

**Julho** – Sono; Trânsito

**Agosto** – Longevidade; Estresse – o mal

**Setembro** - Saúde para o coração

**Outubro** - Caminhos do Cérebro; ABC da Atividade física

**Novembro** - Saúde e Afeto; EUA acima do peso

**Dezembro** - Itália - cidade do Bem Viver; Mitos e Verdades sobre Sexo; Vinho e Saúde

Não é proposta deste estudo analisar todos os mais de 30 programas temáticos da saúde veiculados no decorrer desses dois anos, mas antes de proceder à análise detalhada dos quatro programas selecionados, apresentarei uma análise do corpus ampliado desse período. Partindo dos temas selecionados podemos localizar indícios ou marcas das condições de produção dos programas, permitindo-nos maior e melhor entendimento do processo de produção dos sentidos da saúde e da promoção da saúde.

A abordagem leva ao caminho traçado historicamente pela emissora, qual seja - estar sempre em sintonia com o poder político e/ou econômico a depender das circunstâncias históricas e conjunturais. Uma estrutura de comunicação do porte da Rede Globo só é possível num país de economia capitalista liberal e de políticas públicas de comunicação também liberais, como é o caso do Brasil. Portanto, individualizar todas as questões e problemas sociais, sejam eles públicos ou não, é a forma de ver a vida da emissora, hoje a terceira maior em todo mundo.

Partir dessa primeira premissa é importante para analisarmos as condições de produção do Globo Repórter. Hoje, mais de 35 anos depois, a justificativa e os objetivos do programa são similares ao de seu início da década de 70. Se lá a ideia inicial era que se pudesse falar de assuntos pouco abordados, com mais tempo e numa produção mais elaborada para atender às novas diretrizes da televisão de qualidade a qual se propunha, agora é falar de assuntos de grande interesse, mas de pouco espaço nos telejornais, também com uma produção mais elaborada, num

país democrático (visão de democracia que não leva em conta a desigualdade de condições). Isso permite, por exemplo, que um programa inteiro seja produzido na Europa mostrando o estilo saudável da vida francesa, relacionando-o com o brasileiro, numa análise que ignora aspectos culturais e históricos que tornam os estilos tão diferentes. Entretanto reproduz a realidade e aproxima a audiência através dessa mediação tecnológica.

A grande estrutura da emissora também é importante para estabelecer suas condições de produção, sejam elas de ordem prática ou de linguagem. Cruzar o mundo para uma produção do GR ou de uma de suas novelas é uma forma de dizer: eu posso e nem todas as outras emissoras podem, ou eu vou até lá com minha equipe e posso fixar o padrão Globo numa produção além mar. Assim, também garante o seu padrão textual (imagens, roteiro, produção, repórter). Entre tantos, um bom exemplo é a edição sobre a luta dos Estados Unidos da América para vencer o sobrepeso da população americana. O repórter da Rede Globo faz uma das passagens na horta da primeira dama americana, Michele Obama nos jardins da Casa Branca e para tanto, literalmente, pula a cerca interna da horta da casa mais vigiada em todo o mundo. Sua capacidade financeira e conseqüentemente tecnológica opera a mágica do encantamento, tão importante para garantir sua centralidade (SILVERSTONE, 1999), permitindo ao indivíduo o distanciamento dos locais de sua vida diária (THOMPSON, 2008).

Temos clareza que os sentidos se constroem a cada situação de comunicação, o que impossibilita uma análise em bloco dos mais de trinta programas, no entanto o fato de todos eles terem sido produzidos pela mesma emissora e equipe de produção, com repetição, inclusive, de repórteres, nos dá similares condições históricas, culturais e políticas aos sujeitos da enunciação. Observamos, inicialmente, uma frequência maior de assuntos como alimentação e atividade física. Mesmo quando é tratado outro assunto dentro da temática saúde, as causas e/ou o tratamento envolvem mudanças alimentares, exercícios físicos e medicalização. Alguns programas tematizados na Saúde não tratam especificamente da Promoção da Saúde, mesmo assim o enfoque dado é o de que a saúde tem uma conceituação ampliada, que não se trata apenas da ausência de doenças. Em algumas situações isso é dito textualmente, como é o caso do Programa sobre Atividade Física, quando um dos médicos entrevistados diz: “saúde é uma coisa ampla. É estar de bem com a alma e com o corpo”. Esse discurso é utilizado com muita força pela saúde coletiva.



Acreditamos que a produção do programa não o utiliza com o mesmo sentido que os teóricos e militantes da saúde coletiva e da promoção da saúde, mesmo porque, também dentro desse campo, o conceito ampliado de saúde tem vários sentidos, como vimos no segundo capítulo desta dissertação, essa intertextualidade discursiva é um fator que contribui para a transformação nos sentidos de saúde.

O que é possível apreender no momento da circulação do Globo Repórter é que foi feita a opção de trabalhar com a Promoção da Saúde centrada no modelo criticado por alguns teóricos de que ter saúde, viver com saúde é uma responsabilidade individual. Assim, alguns dos temas escolhidos têm a ver com as condições sociais dos indivíduos e até são timidamente relatados como tal, mas a responsabilidade de mudar de vida e de cuidar melhor de si recai sempre sobre o indivíduo e suas escolhas. Já aí, encontramos uma diferença em relação ao que está previsto no documento que torna pública a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) do Ministério da Saúde:

No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde - adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2006, p. 07)

Como se pode ver no texto acima, para o MS, em termos conceituais, a saúde não é vista de forma individualizada e o sujeito não é o único responsável pelo estilo de vida saudável. A política do Ministério entende que as escolhas dos indivíduos e coletivos e a maneira como buscam satisfazer suas necessidades e interesses “pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida” (p. 07), para tanto tem lançado programas que permitem aos usuários fazerem escolhas saudáveis. Já a comunicação do mesmo Ministério trabalha com a lógica de responsabilização dos indivíduos. Esse é um ponto primordial para entendermos a construção dos sentidos da saúde na mídia, já problematizado no capítulo teórico.

Na estrutura narrativa hoje em voga no programa, o problema é sempre relatado a partir de experiências individuais ou de grupos relacionados a doenças e/ou experiências traumáticas. A personificação é um formato de narrativa jornalística que já é, há alguns anos, modelo para a construção de textos de reportagens, porque aproxima a audiência através da sensação de reconhecimento.

É mais comovente saber do sofrimento de alguém do que ter acesso a uma informação numérica de pessoas com uma determinada doença. Nesse sentido se conta tanto histórias de pessoas que estão sofrendo e que foram curadas pela medicina, como histórias exemplares de quem superou um grande problema, venceu uma grande batalha. O formato, inicialmente, já se apresenta como um paradoxo se pensarmos no conceito da nova promoção da saúde, porque individualiza o que se dá na ordem coletiva. Entretanto, faz com que a audiência, que muitas vezes viveu ou conhece alguém em situação similar se identifique naquele exemplo, como vimos na definição das comunidades de interpretação.

O discurso do programa é quase sempre focado na cultura do autoconhecimento para alcançar a vitalidade e o equilíbrio através da narrativa de histórias pessoais de sofrimento e superação, histórias essas avaliadas e acompanhadas pelo discurso autorizado da ciência. A responsabilidade de uma vida melhor e mais saudável é colocada na pessoa - “está em nossas mãos melhorar a saúde e a qualidade de vida” é o que diz uma das reportagens. São poucas as edições, no nosso corpus apenas três, que, extraordinariamente, relacionam os pacientes às suas condições de vida: moradores da periferia, pobres, com baixa escolaridade e solitários.

O selo de veracidade do discurso do Programa é dado através do discurso legitimado da ciência. Compreendemos que a televisão e a Rede Globo, especialmente, são também discursos autorizados e sobrecarregados de poder simbólico, conceito bourdieano revisitado por Thompson (2008). Entretanto em alguns campos, como no da saúde, o discurso da ciência, especificamente o da biomedicina, se encontra em uma posição mais central na disputa discursiva. No corpus ampliado podemos elencar uma série de Instituições Acadêmicas e de Pesquisa que são convocadas para legitimar o discurso de um e de outro programa. Há uma predileção pelas Unidades Médicas e de pesquisa ligadas à Universidade de São Paulo (USP) e existem algumas explicações para tal escolha: uma delas e, talvez, a de menor importância, é o fato da sede física do GR ser na cidade de São Paulo, mas só isso não explica, porque lá também é sede de outros centros que aparecem menos que a USP, como é o caso da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Outra explicação, talvez a mais plausível, é o papel que a USP tem no universo acadêmico brasileiro, pelo produto de suas pesquisas e intelectuais egressos com poder de “fazer ver e fazer crer” (BOURDIEU, 1989) na sociedade,

juntamente com a Universidade de Campinas (UNICAMP) - outro centro que está presente em um percentual significativo de produções sobre saúde no Globo Repórter. Mais algumas explicações empíricas podem ser dadas para a centralidade de algumas instituições em detrimento de outras. Na entrevista, a produtora do programa explicou que não há nenhuma preferência por qualquer centro acadêmico ou de pesquisa, sendo que a escolha se dá de acordo com as pesquisas que estão sendo desenvolvidas, com seus resultados. Outro dado é que as instituições podem ser escolhidas ainda a partir da pauta, sempre fechada em reuniões da equipe e que são resultados tanto da observação quanto da sugestão de temas pela audiência e demais pessoas de dentro ou de fora da emissora. Mas, é possível ventilar outras explicações: uma delas é a posição discursiva privilegiada que qualquer instituição de ensino e pesquisa com o mínimo de reconhecimento no sul e sudeste do Brasil tem em relação a outras de demais regiões. Mesmo assim, conseguimos timidamente levantar alguns centros do Norte e do Nordeste do Brasil, como os casos da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Uma exceção é a Universidade de Brasília (UNB), no centro oeste brasileiro, que tem sua centralidade garantida não só pela excelência comprovada nas avaliações do Ministério da Educação, como por estar situada no centro do poder – Brasília. Uma última justificativa, em parte já relacionada em um dos aspectos anteriores, é a facilidade que esses centros têm de circular os resultados de suas pesquisas e seus discursos sobre os conceitos de saúde e doença. É importante, porém, frisar que mesmo dentro de um único grande centro como a USP existem discursos diversos e concorrentes no campo da saúde, que são, contudo, simplificados para serem encaixados, no caso da Rede Globo, no discurso da mídia e/ou da política. Essa operação de simplificação, muito importante na linguagem jornalística para TV, pode causar um efeito de enfraquecimento do discurso do campo da saúde.

A posição relativa de cada um dos discursos convocados pela produção do programa está bem definida. A centralidade é do discurso do Programa que fala de uma promoção da saúde e qualidade de vida pautada no comportamento individual e, portanto de inteira responsabilidade do sujeito. Mais próximo a ela, o discurso do campo biomédico, mas não qualquer um, o biomédico legitimado pelas instituições acadêmicas e de pesquisa que, através do resultado de anos de estudo e pesquisa, dão substância e maior legitimidade ao discurso do GR. Por último, na periferia da

disputa, surge o discurso da audiência através de experiências individuais com relatos de histórias exemplares de superação. Ou seja, a concorrência discursiva na produção do GR é guiada pela emissora.

Há ainda o não dito, o calado. Nos dois anos de análise o nome do Sistema Único de Saúde (SUS) aparece em meros três programas, ainda assim como ações isoladas em determinadas unidades de saúde. Na maioria das vezes, mesmo quando relata programas ou serviços públicos de saúde, portanto do SUS, não só o silêncio era absoluto, mas há um esvaziamento da palavra pública. Acreditamos que isso decorre das concorrências entre os discursos, já que o SUS trabalha com a ideia de direito – “Direito de todos e Dever do Estado”, e a emissora com a do capitalismo liberal mais presente na saúde suplementar e no velho modelo americano de saúde. Todavia, como comparou Foucault (1996) – muito propiciamente para nossa analogia fluvial – o discurso excluído é como as margens do rio, que o constituem sem estarem dentro dele. Assim, o silêncio sobre o SUS muito provavelmente propicia a produção de sentidos que levam à comparação entre o que se tem e o que se deve ter, ou, em outra chave, consolida os discursos da saúde que, à revelia dos documentos e dos princípios do SUS, insistem em trabalhar a saúde como um problema a ser resolvido no âmbito individual. A confirmação dessas hipóteses exigiria uma outra pesquisa.

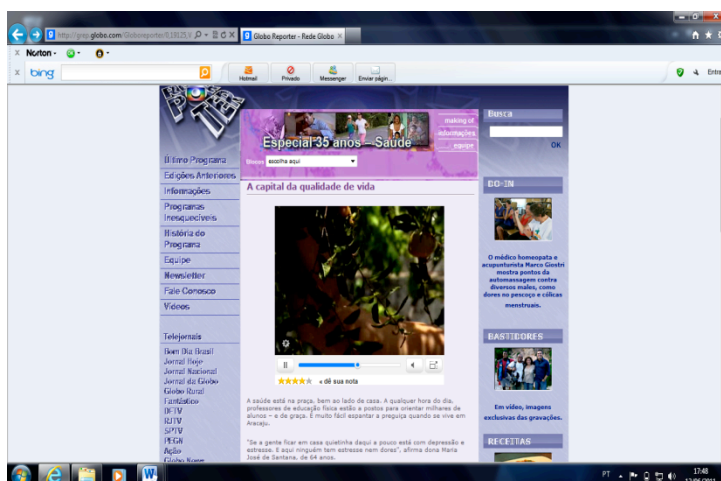
#### 4.1.2 Corpus específico

No capítulo teórico já foram apresentados os tripulantes convocados para essa aventura náutica pelo rio da Comunicação e Saúde, em especial da promoção da saúde, entretanto uma frase de Araújo resume o enfoque do olhar analítico sobre os quatro programas que compõem o corpus da presente pesquisa: “Lugares sociais e institucionais definem o poder de falar, que, por sua vez, busca a legitimidade por meio do dispositivo de enunciação, construído em torno de alguns eixos, entre eles o da relação de concorrência com outros discursos.” (2000, p. 171)

Não é proposta desta pesquisa identificar o quanto do discurso da saúde coletiva ou do SUS está presente nas edições analisadas, mesmo porque os prazos no mestrado não permitem um estudo tão aprofundado. O objetivo é identificar marcas e traços desse discurso no Globo Repórter.

Os programas analisados apresentam as seguintes características:

## Programa 01 - Especial 35 anos - Saúde



Programa: Especial 35 anos - Saúde

Emissora: Rede Globo

Apresentação: Sérgio Chapelinn

Reportagem: Graziela Azevedo

Direção: Marilei Zanini

Marislei Dalmaz

Produção: Ana Dorneles

Editor Chefe: Silvia Sayão

Duração: 35 minutos

### a) O Lugar do Globo Repórter na Vida e Saúde dos Brasileiros

A convicção do lugar que o Globo Repórter ocupa na vida do brasileiro está presente em todas as edições. Comum no jornalismo para demarcar seu lugar de fala, essa convicção é dita textualmente sempre que considerada necessária, seja para se colocar em relação ao concorrente, seja para se autopromover. Em ocasiões comemorativas a afirmação do seu lugar privilegiado sai da posição de coadjuvante para a de protagonista, foi o que ocorreu na edição que comemora os 35 anos do Globo Repórter e que tratou da qualidade de vida. O programa já inicia resgatando historicamente sua posição:

*“Em abril de 1973, o som agudo de uma guitarra elétrica anunciou o programa pela primeira vez. Globo Repórter: 35 anos no ar [...]”*

Som agudo que continua a tocar a cada início de programa - a música *Fredoon of expression* de J. B. Pickers, o que na época apontava para uma transgressão nada comum à emissora, famosa pela relação estreita com o regime militar no poder. Por ser uma edição comemorativa, marcar o tempo era primordial porque garantia força ao seu enunciado, lembrar que a abertura era o som de uma guitarra também, por tudo que representou o movimento cultural da música, principalmente o rock, na conjuntura política de então.

A associação com a presença do programa na vida dos brasileiros não ficou apenas na apresentação (cabeça, no jargão televisivo) do locutor, mas foi lembrada em outras reportagens que compuseram a edição:

*“Médicos da Universidade de São Paulo (USP) fizeram a mais longa pesquisa de saúde já realizada no Brasil e descobriram: nesses 35 anos de vida do Globo Repórter também nasceu e se criou a geração do excesso”.*

Os médicos certamente não fizeram a pesquisa durante 35 anos para acompanhar o GR e ilustrar sua edição especial de aniversário, mas a estrutura do texto, ao associar a descoberta aos 35 anos, sugere uma vinculação que ajuda a reforçar a posição discursiva do programa e sua legitimidade.

Esse programa, particularmente, usou de todos os artifícios para não só se posicionar historicamente na vida dos brasileiros, mas também para mostrar sua capacidade de produção e articulação, até mesmo mobilizando grandes centros universitários:

*“A pedido do Globo Repórter, uma das principais universidades do país fez a lista dos sete alimentos mais importantes na prevenção de doenças”.*

E não só aí, numa outra reportagem da edição, mais uma vez, a capacidade de mobilizar outras instituições é reforçada. Ao falar da pesquisa que levantou a qualidade de vida nas capitais brasileiras, apesar de ser pouco provável que Ministério da Saúde realizasse uma pesquisa apenas para a Rede Globo, o texto sugere que foi o que aconteceu, quando o mais possível é de que a divulgação tenha sido dada exclusivamente e não a realização da pesquisa:

*"Com exclusividade para o Globo Repórter, o Ministério da Saúde traçou o ranking das capitais mais saudáveis do país".*

Para reafirmar sua importância no modo como o brasileiro se vê e cuida da sua saúde (afinal esse é um dos slogans da emissora), na terceira reportagem das seis que compõem essa edição, a repórter conta a história de Lúcia, uma professora de geografia que resolveu mudar de vida a partir de um programa:

*"Eu comecei a assistir ao Globo Repórter e falei: 'É isso que eu quero para minha vida'".*

E a repórter explica:

*"A edição do Globo Repórter de 23 de agosto do ano passado caiu como uma luva para Lúcia. Seguindo as dicas para uma vida saudável, ela conseguiu o que passou a vida tentando sem sucesso: emagrecer. E a história que ela contou em um e-mail que enviou para a redação só podia mesmo virar notícia. Você vai ver como é possível emagrecer 30 quilos em apenas cinco meses"*

O lugar de onde o Globo Repórter se comunica é fortemente delimitado nessa edição. Ao final ainda há um apelo emocional, uma conquista pelo afeto e quase um pedido velado para mais 35 anos de "companheirismo" entre a audiência e o programa:

*"Mas o nosso país tem também uma outra riqueza: uma gente generosa que há 35 anos nos ajuda a fazer o Globo Repórter. Gente que inspira, gente que é exemplo. Como dona Maria Rodrigues que, com mais de 90 anos, apareceu ágil e saudável no programa de 24 de agosto do ano passado. A professora de geografia Lúcia Simões viu, se encantou e decidiu seguir o exemplo. Oito meses depois e 40 quilos mais magra, Lúcia foi conhecer sua musa inspiradora"*

#### *b) Discursos Convocados e estratégias de trânsito*

Através do resgate de imagens do seu arquivo, a primeira reportagem inicia convocando um retorno a um Brasil, especialmente São Paulo, de 35 anos antes e chama a atenção para o perfil físico do brasileiro:

*“São Paulo, em imagens de um Globo Repórter de 1975. Em cenas com mais de 30 anos de vida, ninguém se destaca na multidão”.*

E em seguida:

*“São Paulo, hoje. Os mesmos lugares, a mesma correria. Mas, no perfil dos paulistanos, quanta diferença! O que aconteceu com o nosso povo? Por que engordamos tanto?”*

Ao mesmo tempo em que abre caminho para a entrada de um novo discurso, o texto interrogativo sugere um espaço para o ponto de vista e/ou o discurso da audiência, que interpelada, em casa, dá sua própria resposta. O texto inteiro é composto pelo acionamento dos discursos a que se propôs desde o início: o biomédico sempre respaldado por pesquisas:

*“Foi uma transformação registrada passo a passo pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, no interior de São Paulo. O desenvolvimento de dois mil bebês que nasceram entre julho de 1978 e maio de 1979 foi acompanhado do nascimento à idade adulta. A ideia era fazer o raio X da saúde de uma geração”;*

*“No Centro de Estudos em Psicobiologia e Exercícios da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Lúcia passou por uma bateria de exames. Em um estranho aparelho, os médicos conseguem saber com precisão os níveis de gordura no corpo. Com 83 quilos, Lúcia tem 36,3% de gordura. Para sair do grupo de obesos, ela tem que diminuir esse nível para 25% no máximo”;*

*“Com exclusividade para o Globo Repórter, o Ministério da Saúde traçou o ranking das capitais mais saudáveis do país. Os pesquisadores ouviram 54 mil pessoas nas 26 capitais e no Distrito Federal [...] ‘O exemplo de Aracaju pode ser seguido por qualquer município. Está em nossas mãos construir políticas públicas saudáveis, investir na promoção e na prevenção’ “ - Deborah Malta, coordenadora da pesquisa.*

O dos personagens e suas histórias:

*“‘Eu cheguei a ficar 52 quilos acima do peso’ - Flávio Salomão Rodrigues - gerente de lanchonete. Flávio começou a engordar aos 17 anos, no primeiro emprego de*



*chapeiro. Chegou a 128 quilos! Aos 29 anos, Flávio é a cara da geração do excesso”;*

*“O analista de sistemas Leandro Cerântula é uma exceção na turma da pesquisa: nunca teve problemas com a balança. Louco por esportes, ele cresceu sem abandonar seus hábitos, mesmo depois de casar. Decidiu, de caso pensado, morar em uma chácara para ter uma horta e assim descobriu como nossos antepassados evitavam os quilinhos na cintura”;*

*“Na volta às aulas este ano, a professora de geografia Lúcia Simões deixou alunos e colegas de boca aberta. ‘Levei um susto quando a vi! Não a reconheci. Ela está de parabéns’, (Professora) ... Até que o corpo não aguentou mais. Com a glicose nas alturas e a pressão lá em cima, Lúcia passou mal e finalmente entendeu: era mudar ou morrer. Mas por onde começar?”;*

Assim, os núcleos discursivos da edição de comemoração dos 35 anos do programa são o da ciência, mais especificamente o da Biomedicina, e o da experiência através dos personagens. Antes de seguir adiante, é necessário lembrar que a Biomedicina não tem uma única voz, que muitas vezes dentro de um mesmo Centro de Pesquisa existem discursos diferenciados. Os personagens são pessoas com formações diferentes, moradores de locais diferentes e com condições de vida mais diferentes ainda. Portanto estamos tratando de vários discursos que são convocados para compor uma única edição do programa, mas que nem por isso deixam de disputar entre si. Dois outros discursos além desses apareceram de forma mais tímida, um deles é o discurso do Ministério da Saúde, que aparece apenas quando apresenta o resultado de pesquisas, sem justificar os seus objetivos; o outro é a voz do saber popular, através do autocuidado com chás e plantas medicinais, como é o exemplo de D. Juliana e suas ervas plantadas no fundo do quintal em Aracaju.

Há ainda os discursos silenciados. No decorrer do texto, a repórter cita o que foi levado em consideração na avaliação das capitais e até o que significa receber o título de “Capital da Qualidade de Vida”:

*“A pesquisa mostrou que Natal é a capital brasileira com menor número de fumantes. Goiânia é onde mais se come hortaliças no país. Vitória é a cidade do exercício físico. As mulheres da capital do Tocantins estão com as menores taxas de excesso de peso. Já os homens da capital catarinense são os menos sedentários. Mas foi em Aracaju que a soma de todos os “bons comportamentos” [grifo na entonação] alcançou a pontuação mais alta”;*

*“O hábito de usar a bicicleta ganha incentivo extra quando se tem quase 40 quilômetros de ciclovia. A vida é mais tranquila em uma cidade com pouco mais de 500 mil habitantes. E a saúde agradece quando são poucos os fumantes e se consome gordura e álcool com moderação. Junte a isso frutas verduras e exercícios físicos e é possível chegar ao topo do ranking da qualidade de vida”.*

Apesar disso, o fato de não deixar claro que algumas das ações fazem parte de políticas públicas de saúde e trânsito esconde, entre outras coisas, o investimento do Sistema Único de Saúde em atividades de promoção da saúde, como é o caso da Academia da Cidade. Num certo trecho, o texto chega a sugerir que se trata de um programa da Universidade Federal de Sergipe e não da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju:

*“Alimentação saudável aliada a exercícios físicos de três a cinco vezes por semana. Em 15 espaços públicos de Aracaju funciona a Academia da Cidade, projeto que já colocou o exercício na vida de cinco mil pessoas. A Universidade Federal de Sergipe (UFS) entra com os professores de educação física e os profissionais de saúde. A população se mobiliza”.*

### c) Enunciador – o papel de representante da verdade

Como estratégia para manter a centralidade do seu discurso, mesmo na presença do discurso científico, o programa por variadas vezes assume o discurso biomédico, tomando a informação embasada da ciência para si. Trata-se da chamada modalidade declarativa-representativa proposta por Milton Pinto (1994): o programa representa o papel do cientista (médico), que é o emissor com poder reconhecido da palavra final, da verdade que está sendo dita:

*“Para ser eficiente, a aveia tem que ser consumida todos os dias. E basta o equivalente a meio copo. Pode ser no leite, na sopa, misturada a qualquer alimento”;*

*“Para garantir o bom colesterol, nada melhor do que comer peixe de duas a três vezes por semana e, de preferência, sardinha ou salmão. Para baixar o mau colesterol, meio copo por dia de aveia, como dito na pesquisa feita em São Bernardo do Campo. Leite, queijo e carne, sendo de soja, dá para comer à vontade, sem culpa, porque fazem bem. Minerais importantes, como selênio e zinco, são garantidos com pequenas porções de castanhas ou nozes. Junto com repolhos e couves, o brócolis lidera o trabalho de limpeza das toxinas em nosso organismo. O açaí, frutinha típica da Região Norte, tem até dez vezes mais antioxidantes do que outras frutas”;*

A sua condição de produção de maior emissora do país e uma das maiores do mundo é convocada quando faz uma edição que percorre várias partes do Brasil, faz resgate histórico com imagens e supõe um diálogo aberto com a audiência, seja através da pesquisa realizada pela internet e respondida por *milhares* de pessoas, seja na interpelação constante que é feita à audiência através dos personagens selecionados e/ou das perguntas do texto. Sua legitimidade e autoridade são reforçadas o tempo inteiro em palavras, imagens e capacidade financeira e tecnológica.

#### d) Palavras e códigos

Para analisar as vozes presentes nessa edição do programa, trabalhei com três dos códigos de Barthes, por sua relevância para os fins deste estudo. São eles: o código hermenêutico, qual seja a voz da Verdade; o código cultural, que traz a voz da Ciência; e o código das ações, a voz da Empiria. Podemos acessar esses códigos pelas palavras plenas previamente mapeadas nos documentos.

O programa inicia comparando duas cidades de São Paulo, uma da década de 1970 e outra de 2008, a partir da silhueta do paulistano e afirma, através da voz da ciência:

*“Os números são assustadores. Hoje, um em cada dois brasileiros adultos está acima do peso ideal. Na década de 70, esse índice era muito menor: um em cada quatro. Como explicar mudança tão surpreendente?”*

Essa verdade, declarada sem qualquer possibilidade de problematização, vinda de um enunciador que não se enuncia (portanto não é contestável), perpassa toda a edição e, para esclarecer progressivamente o enigma proposto, abre espaços para várias explicações e saídas do problema, já que estabelece, a priori, que estar acima do peso é um problema. Dali em diante, o acionamento da voz da Empíria e da voz da Ciência percorre todo o programa na fala dos personagens e pesquisadores, respectivamente. A verdade dita e reforçada através de exemplos bons e ruins relacionados ao comportamento, durante toda a edição, é a de que somos uma geração do **sobrepeso** e do **sedentarismo**, duas das palavras plenas do discurso da promoção da saúde na mídia.

## **Programa 2 - Dieta Mediterrânea**



Programa: Dieta Mediterrânea

Emissora : Rede Globo

Apresentador: Sérgio Chapellin

Repórter: Ilze Scamparini

Direção : Ilze Scamparini

Edição: Gisele Machado

Produção: Assimina Vlahou

Duração: 40 minutos

a) A Globo e sua capacidade de produção

No programa sobre Dieta Mediterrânea o lugar da emissora como grande interlocutora dos brasileiros é marcado mais pela produção do que no texto escrito propriamente dito. Em nenhuma das reportagens o nome do programa aparece ou há qualquer alusão à sua capacidade de mobilizar instituições e equipes fora da emissora. Entretanto a produção primorosa, com imagens que exploram toda a beleza do mar mediterrâneo, do Vesúvio e da região de Pompéia, do belo porto de Nápoles, da Costa Amalfitana, do Estreito de Messina, da Sicília marcam o padrão Globo:

*“O céu azul do Mar Mediterrâneo é inconfundível. Está no meio de terras, entre a Europa, a África e a Ásia”;*

*“Chegamos à Costa Amalfitana, uma das mais belas paisagens mediterrâneas, com as suas rochas brancas, um mar que ganha tons de verde esmeralda e os seus limões plantados no alto”;*

*“Sicília é uma ilha que já fez parte de um reino e que ainda mantém as diferenças sociais da sua história”;*

A história tão marcante do programa da edição comemorativa dos 35 anos dá lugar à bela e milenar história do mediterrâneo, com seus reinos, castelos e desastres ambientais. O lugar de memória que a mídia ocupa na sociedade moderna, principalmente o jornalismo é, nesse momento em que se decreta a morte da história (NORA, 1984), mais um dos dispositivos de enunciação do qual o jornalismo não abre mão e ao qual recorre com frequência. E nessa produção, toda ela feita na Itália e com reportagem da correspondente da emissora naquele país, o recurso a fatos históricos costurou todo o programa:

*“O tomate foi levado para a Europa no século XVI pelos espanhóis, mas foi ignorado durante quase 200 anos. Era usado como planta ornamental. Temia-se que fosse um fruto venenoso. Depois, foi classificado como afrodisíaco. Até que a cidade de Nápoles, um dos centros de referência da Dieta Mediterrânea, ajudou a construir a fama mundial do tomate”;*

*“O Etna é o vulcão ativo mais alto da Europa e um dos maiores do mundo. Sua altura muda com as erupções. Atualmente, o Etna mede 3.340 metros. A erupção*

*mais longa da sua historia foi em 1614 e durou dez anos, quando o vulcão siciliano lançou mais de um bilhão de metros cúbicos de lava, que cobriram 21 quilômetros”;*

*“Uma curiosidade histórica espantosa: dentro das “termopolis”, uma espécie de fogão de rua, comerciantes mantinham comida aquecida com pedra vulcânica para vender aos que passavam. É o primeiro fast food de que se tem notícia”.*

**b) Discursos Convocados:**

Aqui também o discurso autorizado da ciência é convocado, o que se repete em todos os outros programas porque é o modelo adotado pela emissora, como assumiu na entrevista a chefe de produção - o programa procura se basear em informações e pesquisas científicas:

*“Nos anos 50, de cada dez americanos, cinco morriam fulminados por infarto do miocárdio ou derrame cerebral. Foi então que o cientista Ancel Keys começou um grande projeto internacional de pesquisa que nunca tinha sido feito antes no mundo: o estudo dos hábitos de 12 mil pessoas de três continentes, entre 40 e 60 anos. Vinte anos depois, só os mediterrâneos continuavam muito bem de saúde: os gregos de Creta e, principalmente, os italianos do sul”;*

*“Para o professor Luigi Fontana, do Instituto Superior de Sanidade (ISS), em Roma, saber comer é diminuir calorias, alimentos que engordam, para vencer o tempo. Em uma pesquisa feita com a universidade americana de Saint Louis, no Missouri, a vida de animais aumentou 60% com a redução das calorias”;*

*“Se a ciência investiga um número limitado de pessoas, médicos da Faculdade de Medicina da Universidade de Florença fizeram o que chamam de meta-análise: um estudo de estudos já realizados. O grupo analisou os benefícios dessa alimentação através de pesquisas dos últimos cinco anos feitas na Europa e nos Estados Unidos que envolveram 1,5 milhão de pessoas”.*

O discurso das pessoas comuns também é acionado, mas, diferentemente do que acontece nos demais programas produzidos no Brasil, não traz narrativa de pessoas que apenas fazem uso da alimentação saudável: todos os discursos

convocados são de produtores de alimentos e bebidas ou demais pessoas ligadas à produção e ao estudo da saudável comida mediterrânea:

*“Comemos os nossos produtos. Agora, berinjelas, pimentões, tomates. Também feijões frescos – que são deliciosos – e feijões que fazemos secos, como grão-de-bico, lentilhas, ervilhas. Batatas, brócolis e repolhos. Carne de vaca a cada 15 dias, muito peixe, frango, coelho e frutas”* (Délia Maria Morineli - dona de casa);

*“As búfalas do produtor Antônio Palmieri vivem com grande conforto. Comem capim 100% natural. E as mussarelas são consideradas a melhores do mundo. Elas são vendidas apenas na fazenda”;*

*“A sétima geração da família Zonin, a maior produtora de vinho da Itália, toma três taças por dia para acompanhar a comida. ‘Pense que 60 anos atrás a Itália consumia 120 litros per capita de vinho por ano. Hoje são 45. Se bebe [sic] bem menos da metade, mas certamente se bebe melhor, com mais responsabilidade’* (Francesco Zoning- produtor de vinho)”.

Não é esse o único programa em que vemos uma diferença no tratamento e na escolha dos discursos. Sempre que sai do Brasil, as instituições públicas e os produtores e/ou empresários de um determinado ramo se tornam visíveis no discurso e conquistam um lugar mais privilegiado na disputa simbólica. Lugar esse dado ou permitido pelo programa.

As condições tecnológica e financeira que a emissora tem para disponibilizar na produção dos seus discursos estão postas de uma forma menos enfática. Ela se faz presente na excelência das imagens, no grande percurso feito num país distante, nos vários pontos visitados, na possibilidade de trazer uma vida diferente da nossa para perto de nós. Mais uma vez a grande mágica do encantamento é feita na nossa frente na pequena tela dentro de casa – o canto da sereia nos seduz (mediação videotecnológica).

### c) Palavras e Códigos

A Verdade dessa edição (código Hermenêutico) é a de que a comida mediterrânea é a mais saudável e de que a saída para todo o resto do mundo é a de assumir sua dieta. Todas as reportagens que compõem essa edição buscam

explicar o que para os brasileiros pode ser um mistério. A repórter vai desvendando o mistério numa produção repleta de ingredientes apelativos, belas paisagens, belas comidas, resgates históricos e um texto poético, quase bíblico. O fato de Ilze Scamparini ser a repórter que há anos cobre o Vaticano faz com que liguemos sua imagem e voz à imagem da Igreja Católica. A verdade sobre a dieta mediterrânea se pronuncia como uma verdade divina de milhares de anos (mediação institucional).

A voz da Ciência, como vimos, também está presente, tanto quanto a voz da Empíria, mas uma outra empíria, a de para quem a dieta mediterrânea não é apenas um jeito de viver, mas de ganhar a vida.

As palavras que perpassam toda a edição são **envelhecimento e comida**. Todo o discurso é de que a comida certa na medida certa permite uma vida melhor e mais longa e, principalmente, de que esse não é um fato novo, mas sim uma verdade de milhares de anos comprovada por estudos científicos, pela história e pelas imagens resgatadas pelo programa.

### **Programa 3 - Como Viver Bem até os 100 anos?**



Programa: Como Viver Bem até os 100 anos?

Emissora: Rede Globo

Apresentação: Sérgio Chapellin

Produção: Ana Dorneles, Arlete Heringer, Brígida Poli

Reportagem: Edney Silvestre

Isabela Assumpção

Kíria Meurer



Paulo Gonçalves  
Edição de Texto: Fabiana Teixeira  
Malu Guimarães  
Margarida Santi  
Meg Cunha  
Reberson Ricci lus  
Saulo de la Rue  
Duração: 37 minutos

a) A Rede Globo e seu lugar diferenciado

As marcas essenciais da grande emissora do Brasil estão presentes no texto e nos dispositivos de produção. A primeira pessoa do plural é explícita, é inequívoca como enunciação desse lugar na vida dos brasileiros. Quando fala “acompanhamos brasileiros”, se coloca num lugar diferenciado, o de que está junto, mas com poder de olhar, ver e relatar. O lugar do produtor da realidade, da verdade:

*“E por isso percorremos muitos outros momentos de felicidade, sem idade-limite. Acompanhamos brasileiros no auge da vida, descobrindo e revelando experiências promissoras”.*

O mais marcante na forma como a equipe editou o programa foi o fato das matérias terem sido feitas por repórteres diferentes, quatro em lugares distintos do país. Esse formato deixa a edição menos elaborada, menos cuidadosa em imagens e até mesmo no texto propriamente dito. Os blocos foram divididos assim:

Abertura – Jorge Pontual  
Viagem em busca da alegria - Kíria Meurer  
Exercícios para corpo e mente – Isabela Assumpção  
Oficina da Memória – Paulo Gonçalves  
O peso da idade – Isabela Assumpção  
Nova esperança para diabéticos – Paulo Gonçalves

Esse número de repórteres num mesmo programa não é muito comum, o normal é que todo o programa seja feito por um mesmo repórter, entretanto algumas vezes é feito com mais de um, geralmente dois. As motivações podem ser várias, entre elas dar mais agilidade à produção porque possibilita maior mobilidade das equipes.

b) Discurso Convocados

Nesse aspecto existe uma diferença em relação aos outros programas analisados. Apesar de estar fundamentado em pesquisas científicas e de acionar o discurso científico para autorizar a afirmativa do programa, no centro discursivo está a narrativa da experiência e não a ciência:

*“[...] diz dona Cleonice, que tem 90 anos e dá aula em duas faculdades. Está sempre cercada por jovens. Não dispensa uma caminhada pela praia todo santo dia. Pelo jeito, vai longe. E não é só ela, não. Idosos ativos como dona Cleonice apontam para uma nova realidade no Brasil”;*

*“Seu Enoch completou 102 anos em boa forma. Ele mora de frente para a Praia de Copacabana. O apartamento foi comprado à prestação, mais de 50 anos atrás, com salário de bancário. Seu Enoch está mais firme do que muita gente jovem. Para ele, o segredo é o trabalho. “Eu comecei a trabalhar ainda garoto”, conta. Seu Enoch ajudava o pai a construir açudes no Ceará e na Paraíba, onde ele nasceu”;*

*“Mas dona Sônia pagou um preço alto por isso. Quando se deu conta, estava obesa e diabética. Uma doença reumática lhe causava muitas dores e, para piorar, tinha crises profundas de depressão. Seu corpo era tão pesado que ela já não conseguia realizar até mesmo as mais simples tarefas do dia”;*

Apesar de conferir lugar privilegiado à experiência, o discurso biomédico, mais uma vez respaldado pelas universidades e centros de pesquisa, se faz presente mas, como já dissemos antes, o movimento é inverso. O comum é que a experiência entre para comprovar o que a ciência diz. Nessa edição a ciência entra para corroborar os relatos de experiência do cidadão comum, ou melhor, do idoso:

*“Um estudo feito pela Faculdade de Medicina da Universidade Católica do Chile mostra que viajar ameniza problemas como a depressão, a falta de apetite, a insônia, a incontinência urinária e, inclusive, as dores articulares”;*

*“Pesquisadores da USP já encontraram evidências de que o exercício é capaz de atuar de forma benéfica também nos casos de depressão e distúrbios da memória”;*

*“Dona Sônia fez parte de um estudo inédito realizado pelo professor de educação física Mauro Ferreira na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pela primeira vez no Brasil, ele relacionou a antropometria – que são as medidas corporais – com a qualidade de vida. Foram avaliadas 416 mulheres paulistanas com mais de 60 anos”;*

Nesse aspecto, também procurou amparar as afirmações com números e estatísticas, mesclando com fatos históricos:

*“No século 19, quando o Brasil ainda era governado por imperadores, nem os ricos e nobres viviam muito. O imperador Dom Pedro I, por exemplo, morreu com apenas 36 anos. No início do século 20, quando nosso país já era uma república, a expectativa dos brasileiros não passava de 34 anos. Foi crescendo aos poucos. Quando Brasília foi inaugurada, em 1960, a média de vida dos brasileiros era de 52 anos. No ano 2000, chegamos a quase 69. Mas a grande surpresa, mesmo, fica por conta do aumento do número de centenários. Segundo estatísticas oficiais do IBGE, hoje existem 25 mil brasileiros com mais de 100 anos”.*

Os discursos concorrentes são convocados, como é o caso do das pessoas que não fazem esforço para manterem o corpo e a mente saudáveis após a terceira idade, mas são chamados apenas para ratificar que o outro comportamento é o correto e são mantidos na periferia discursiva, pelo uso de palavras plenas e outras que desqualificam o emissor:

*“O estudo comparou corredores com idades entre 60 e 80 anos – como seu João – com homens sedentários – como seu Waldir”;*

*“Seu Lourival Barbosa da Silva, de 67 anos, vinha há tempos sofrendo com os esquecimentos. ‘Se fizerem três perguntas e me mandarem repeti-las na hora, eu me lembro de apenas duas’, conta”;*

*“‘Eu não sei como consegui engordar assim. Deve ter sido por não fazer exercício e depois entrar na menopausa. Por qualquer coisa, eu abria a geladeira e só ia dormir quando o estômago estava bem cheio” (dona Sônia Sena Massa, 64 anos). Mas dona Sônia pagou um preço alto por isso. Quando se deu conta, estava obesa e diabética. Uma doença reumática lhe causava muitas dores e, para piorar, tinha crises profundas de depressão. Seu corpo era tão pesado que ela já não conseguia realizar até mesmo as mais simples tarefas do dia”.*

#### c) Enunciador representante da verdade

Este programa também assume o discurso das instituições médicas e acadêmicas como seu para garantir a centralidade, o que pouco aconteceu no analisado anteriormente, mas aqui assume também as lições de vida dos personagens:

*“Memória! É possível envelhecer e manter uma memória afiadíssima. Uma ideia tão simples que, entretanto, nunca tinha sido realizada: um coral formado por pessoas que sofrem do Mal de Alzheimer. Nem sempre elas se lembram das letras das músicas. Mas da melodia, sim. A presença de outras pessoas, nas mesmas condições de saúde, deixa todos à vontade. A alegria faz bem para a saúde e ajuda a memória”;*

*“Nesta altura da viagem, muita gente não consegue ultrapassar a tristeza, o desânimo, e fica parada na beira da estrada, sentada no acostamento, esperando que o tempo passe, que a dor passe e que a vida passe. Escolher um destino e viajar pode ser uma boa forma de recuperar o ânimo”;*

*“A molécula manipulada em laboratório estimula o pâncreas a produzir insulina, o hormônio que faz o organismo absorver o açúcar. Os diabéticos têm deficiência na produção de insulina”.*

#### d) Palavras e Códigos

A voz da Verdade é anunciada logo no início do programa. O repórter anuncia a verdade e diz textualmente que vai desvendá-la através das experiências que vai relatar:

*“Nossa reportagem começa na festa de aniversário de seu Enoch Periandro de Oliveira. Porque é da alegria de viver que a gente vai falar. E por isso percorremos muitos outros momentos de felicidade, sem idade-limite. Acompanhamos brasileiros no auge da vida, descobrindo e revelando experiências promissoras”.*

E é o que acontece, em todas as seis reportagens que compõem a edição, são contadas várias histórias exemplares de quem fez a opção por levar uma vida mais saudável em vários aspectos: exercitando a memória, se mantendo ativo e produzindo, fazendo atividades físicas, alimentando-se corretamente.

Como já vimos anteriormente, a voz da Empíria é privilegiada através do relato das muitas experiências já expostas acima, e a voz da Ciência através dos centros acadêmicos, dos pesquisadores e dos profissionais da saúde.

As palavras plenas do programa são **envelhecimento** e **alegria**. A primeira delas é recorrente em todos os programas com foco na saúde, entretanto a segunda indica a tendência a uma forma de encarar a saúde através do seu conceito mais ampliado, ainda que a edição sugira que ser alegre e feliz é uma opção e não uma condição.

*“É isso que me mantém viva e agradável aos meninos. Eles gostam de mim. Se eu fosse uma velha chata, podiam até me admirar por saber bastantes coisas, mas não iam procurar minha companhia como eles fazem”, diz dona Cleonice, que tem 90 anos e dá aula em duas faculdades”;*

*“Nesta altura da viagem, muita gente não consegue ultrapassar a tristeza, o desânimo, e fica parada na beira da estrada, sentada no acostamento, esperando que o tempo passe, que a dor passe e que a vida passe. Escolher um destino e viajar pode ser uma boa forma de recuperar o ânimo”;*

*“Eu deixei de trocar o carro durante 20 anos. Mas eu viajei para o Canadá, para Nova York”, diz dona Eunice”.*

Ao traçar os caminhos para revelar o segredo de um envelhecimento alegre e feliz, para envelhecer de bem com a vida – produtividade, viagens, atividade física, novo amor, exercícios para a memória e novas descobertas farmacêuticas –, a edição deixa de levar em conta as diferenças sociais que fazem com que algumas pessoas não possam optar por alguns dos caminhos apontados.

#### **Programa 4 - Mistérios do Cérebro**



Programa: Mistérios do Cérebro

Emissora: Rede Globo

Apresentação: Sérgio Chapellin

Direção: Saulo de la Rue

Reportagem: Marcelo Canellas

Produção: Francesca Terranova

Duração: 38 minutos

##### **a) O Padrão de Qualidade que é também discurso**

Como a terceira maior emissora de televisão do mundo, a Rede Globo traz junto com o nome um padrão de qualidade na produção televisiva que, de tão propagado, é senso comum no Brasil. A marca é usada, no campo jornalístico, como adjetivo para identificar a grande qualidade de qualquer produção. Esse contexto é um dos mais importantes para analisar as condições de produção do discurso do

Globo Repórter, primeiro porque não é o discurso de qualquer emissora de televisão, depois porque não é qualquer programa, mas um dos que está há mais tempo no ar na televisão brasileira e que até as primeiras semanas de junho de 2011 manteve uma variação entre nove e 13 pontos de audiência numa emissora que representa 50% da audiência da televisão brasileira. A condição de mobilizar a grande equipe que tem espalhada pelo Brasil e profissionais capacitados é também discurso, portanto muitas vezes não é necessário chamar a atenção para a produção ou para o esforço que o programa fez para conseguir produzir uma reportagem mais elaborada e de maior investimento. Essa tarefa fica, quase sempre, a cargo do apresentador do programa que, na chamada de cada matéria que compõe um determinado bloco, enfatiza que o Globo Repórter fez, ou o GR mostra, o GR preparou para você etc.

Em algumas produções o repórter é a grande estrela. Ele não é a notícia, ele não é o personagem, mas quando uma edição inteira é feita pelo mesmo repórter indica que teve mais tempo de elaboração, o que resulta em imagens mais cuidadas e textos mais aprofundados. É o que acontece na edição Mistérios do Cérebro. O repórter não fala na emissora, nem no nome do programa durante toda a reportagem, mas o padrão está o tempo inteiro presente como uma nuvem densa num céu claro.

#### b) Discursos Convocados

O dispositivo de enunciação da reportagem jornalística de televisão, assumido pela emissora como sua escolha narrativa, é o que trabalha com a personificação, com as histórias exemplares. Nessa narrativa algumas vezes há uma variação na escolha dos personagens, apresentando algo novo e surpreendente ao telespectador.

O primeiro discurso convocado para esse programa foi o de um homem de 65 anos, taxista baiano morador da cidade de São Paulo. O que ele tinha de especial para abrir o programa era o que o repórter chamou de um cérebro privilegiado por ter decorado todas as ruas de São Paulo:

*“A corrida de táxi vai pegar o atalho de um cérebro privilegiado. São Paulo tem 128 mil ruas. Cada passageiro, um destino. Cada destino, um roteiro repleto de minúcias. Alguns segundos. É só o que o taxista João Pereira de Souza precisa para*

*desvendar qualquer trajeto. Um detalhado mapa imaginário vai aparecendo na cabeça dele”.*

O segundo exemplo é o de Sr. Lucídio, um arquiteto de 85 anos que tem uma vida agitada:

*“Aos 85 anos, Lucídio estuda como nunca e trabalha como sempre. Arquiteto e consultor da Secretaria do Meio Ambiente do Distrito Federal, percorre os núcleos rurais que ajudou a criar e acompanha a produção agrícola. Conhece todo mundo pelo nome”.*

Os dois exemplos escolhidos para abrir o programa são apresentados simultaneamente. Apesar das vidas e das condições de vida diferentes, os dois têm em comum formas inusitadas de manterem a mente saudável. O primeiro, cansado de ser considerado o mais “burro” desde criança, decorou o mapa da maior cidade do Brasil; o segundo se mantém ativo e trabalhando apesar da idade avançada, mas se alimenta de forma não muito convencional para sua idade:

*“De orgulho ferido, o baiano João meteu o mapa da metrópole na cabeça: decorou 200 páginas do Guia da Grande São Paulo. Não há um único paulistano capaz de saber mais do que ele”;*

*“Eu como o trivial: feijão com arroz, carinha de sol. E digo mais: mocotó uma vez por semana. Já falei isso para meu doutor cardiologista. Eu gosto porque são os sabores da minha infância. Era o que mais se comia na minha casa” ( Lucídio-urbanista).*

É notável também uma diferença considerável no tratamento dado ao taxista em relação ao urbanista. Apesar dos dois discursos terem sido convocados pela produção do programa, a edição e a própria reportagem privilegiaram a história do urbanista que não apenas teve mais tempo, como também teve mais oportunidade de falar, uma melhor posição na disputa discursiva. O urbanista ainda volta como personagem final para fechar a edição, oportunidade em que o repórter, inclusive, sai do distanciamento comum de quem está simplesmente narrando uma história para falar da admiração dele e de toda a equipe ao cérebro privilegiado do personagem:



*“Nossa equipe não resistiu à tentação do trocadilho; nos encontros seguintes, passamos a chamá-lo de ‘senhor Lucidez’. Mas logo nos demos conta de que não era só isso. Nem eu, nem o editor Saulo de la Rue, nem o repórter cinematográfico Lúcio Alves, nem o técnico Alex Fabiano, conseguimos dissuadi-lo de subir as encostas do Núcleo Rural Alexandre Gusmão, a 70 km de Brasília, debaixo do sol impiedoso da estação seca do cerrado. Passou cerca, cruzou mato, zanzou de sítio em sítio – sem aparentar o menor sinal de fadiga! para mostrar a obra de sua vida: ‘Tá vendo tudo verdinho aí? O Hugo Bota prosperou, o Chico Carioca tá de casa nova, o Napoleão comprou uma caminhoneta [sic]’, alegrou-se, chamando os agricultores da região pelo nome, como sempre fez. Inclusive com as centenas de alunos a quem ensinou na universidade: ‘Chamar o aluno pelo nome é individualizar o ensino, é respeitar a pessoa que está ali para aprender’. No fim do dia, despediu-se com um ‘manda um beijo para a Francesca’, referindo-se à produtora Francesca Terranova, da redação do Globo Repórter no Rio de Janeiro”.*

Todas as reportagens que compõem o programa e os personagens convocados ajudam a contar histórias de pessoas que encontraram em atividades intelectuais saídas para resolverem seus problemas emocionais e/ou prolongarem suas vidas, seja nos estudos, no enfrentamento de limitações e medos, na música, ou em brincadeiras e jogos neurológicos.

Como sempre o discurso autorizado da ciência aparece através de pesquisas desenvolvidas em universidades como a UNB, a USP de Ribeirão Preto e a Unifesp. Entretanto, em apenas dois exemplos existe algum tipo de tratamento sendo prestado, como é o caso da criança hiperativa:

*“Este estado de consciência é um dos objetivos de outras estratégias conhecidas como técnicas de meditação, ioga etc.’ (Cacilda Amorim - psicoterapeuta comportamental)”.*

E o da mulher com síndrome de pânico surgida depois de um grande susto:

*“A pessoa deve aprender a respirar de forma que ela movimente pouco o peito e expanda o abdômen, como se enchesse a barriga, (José Roberto Leite - psicólogo da Unifesp)”.*

Mesmo nesses exemplos, o tratamento sugerido e a voz autorizada convocada não são da biomedicina clássica, mas sim de profissionais que ainda lutam por um reconhecimento maior dentro do sistema de saúde. Mais adiante, no fechamento da análise quando farei um comparativo entre os programas, retomarei esse tema.

Aqui não foram convocados nem confrontados discursos antagônicos. As soluções para os problemas de estresse e outros que atingem o cérebro foram encontradas nos personagens e seus estilos de vida e o discurso autorizado em outros profissionais de saúde mais ligados ao comportamento do que à biomedicina e à medicalização.

### c) Palavras e Códigos

A verdade desse programa não é dita inicialmente, ela é anunciada aos poucos a partir dos dois exemplos iniciais e de seus cérebros privilegiados. No decorrer da primeira reportagem o repórter vai soltando migalhas para que encontremos o caminho para as respostas que se propõe a dar:

*“A ciência sempre acreditou – e todos nós sempre aprendemos na escola – que as células do cérebro, ao contrário das outras células do nosso corpo, nunca se regeneram. Quando um neurônio morre, jamais nasce outro no lugar dele. Mas, de dez anos para cá, essa certeza científica foi dando lugar a evidências cada vez maiores de que as células nervosas podem, sim, construir novas pontes tapando os buracos provocados pelos neurônios mortos e religando a comunicação que estava interrompida. Isso é feito pelas chamadas células precursoras, que podem viajar de uma região a outra do cérebro e substituir os neurônios mortos. Quando elas fazem isso, acontece a neurogênese, o nascimento de novos neurônios.”*

Mesmo depois da explicação, amparada, nesse aspecto, pela voz legitimada de um neurologista, a edição segue justificando a tese de que o cérebro pode ser cuidado, exercitado e estimulado através da alimentação e de práticas de atividades intelectuais. Inicialmente, a edição vai dando pistas da verdade que vai anunciar mais adiante e segue elencando provas dessa verdade através das vozes da Empíria (personagens) e da Ciência (pesquisadores).

A palavra plena dessa reportagem é, na verdade, uma expressão: **atividade cerebral**, no sentido de exercício, de exercitar o cérebro e não no sentido neurológico da atividade cerebral de qualquer organismo vivo. A ideia central é a de que o cérebro é uma parte do corpo como outra qualquer que precisa de cuidado e estímulo e esse cuidado são algumas atividades que a reportagem vai exemplificando através dos personagens: os sadios devem cuidar de uma forma, os que têm alguma patologia psiquiátrica de outra forma.

*“Frutas e verduras são fundamentais – de cinco a sete porções diferentes por dia, de preferência coloridas. Há um tempo, as cores dos alimentos estavam relacionadas com a beleza e a vontade de comer. Hoje se sabe que as cores têm pigmentos que são antioxidantes” (Denize Righetto Ziegler - nutricionista da Unisinos e da UFRGS);*

*“Foi quando eu percebi que a música fez toda diferença. No final do ano, na fase difícil que estavam passando, eles sabiam que tinham os concertos de Natal e que teriam de 5 a 10 mil pessoas assistindo. Foi isso que sustentou essa fase difícil” (Léia – diarista);*

*“É o EMDR, sigla em inglês para Reprocessamento e Dessensibilização pelo Movimento dos Olhos. O paciente é estimulado a olhar de um lado para outro e recebe também outros estímulos bilaterais, como toques alternados em uma perna e na outra. Ao mesmo tempo em que faz a pessoa reviver a experiência ruim, a técnica ajuda a reinterpretar o que aconteceu”.*

São todas “receitas” para manter o cérebro em atividade com exemplos práticos de pessoas comuns carimbados com o selo de verdade da ciência.

#### 4.1.2.1 Imagens e lições dos quatro programas (análise consolidada)

Uma das vantagens de programas como o Globo Repórter em relação aos demais telejornais é o tempo dedicado à produção, o que garante não apenas melhores condições para a produção de texto, locação e personagens, mas melhores condições para a produção de imagens.

Nos quatro programas analisados as imagens são discursos à parte. É importante frisar que com isso não estamos querendo dizer que as imagens concorrem com o texto, mas que, apesar de corroborarem o discurso textual, elas também falam do poder de captar belas imagens. Mesmo aí os programas não são iguais, há uma diferença na captação e no trato das imagens, sendo que um deles, todo filmado numa região italiana de muito apelo visual, tem uma qualidade e um cuidado maiores. Um simples fio de azeite que sai da garrafa é gravado com tamanho cuidado de luz e enquadramento que resulta numa imagem sublime.

Entre todos os programas, o *Como Viver Bem Até os 100?* é o que tem menos cuidado visual e de edição com a utilização de som e música, todos os outros são muito bem tratados nesses aspectos. Analisar as imagens e os demais recursos de edição é importante em reportagens televisivas porque fazem parte do texto, estão ali para corroborarem ou negarem (dependo das intenções) o discurso que está sendo dito no texto; portanto, quando fala do personagem acompanhado por uma pesquisa desde seu nascimento, no programa de aniversário dos 35 anos do GR, é importante o mostrar utilizando a chapa e fritando todos os alimentos que “não deveria consumir”. Apenas falar que ele se alimenta sem cuidado não tem tanto apelo como mostrar todas as frituras consumidas e toda a gordura. Como esse há muitos exemplos: Aracaju tem qualidade de vida por vários aspectos e a repórter anda de bicicleta por uma ciclovia para mostrar um deles; a comida mediterrânea é a mais saudável e há um capricho nas imagens para mostrar os alimentos italianos; o cérebro é capaz de gerar novos neurônios e a computação gráfica é utilizada para simular o que acontece dentro do cérebro. Talvez seja preciso lembrar que esse aspecto não é exclusividade do Globo Repórter ou da Rede Globo, mas sim uma das características do jornalismo televisivo - a imagem é o que não apenas diferencia a televisão dos demais veículos de mídia, mas a grande responsável pelo encantamento desde a criação da fotografia e, se voltarmos a uma era mais remota, pela necessidade humana de representar seus desejos através de símbolos e demais elementos visuais (FILHO, 1994).

Ainda de acordo com Filho (1994), as imagens na televisão e nas demais formas de comunicação baseadas na imagem se situam no imaginário, local onde o homem se liga com o futuro. Essa força vinculante do homem com a televisão é altamente explorada pelo GR através dos recursos possibilitados pelo tempo maior para produção. Trata-se aqui de um dos fatores de mediação que vimos no capítulo

teórico, a mediação videotecnológica ou massmediática (OROZCO, 2005), os sentidos que se produzem na televisão são mediados também pelas imagens que reproduzem a realidade. A simples observação dos temas dos quatro programas analisados já aponta qual a ideia de promoção da saúde e qualidade de vida que é priorizada: cérebros ativos, envelhecimento ativo, vida saudável e alimentação. Cada um desses temas foi abordado, como vimos acima, a partir da afirmação de que a pessoa é a principal responsável por manter sua qualidade de vida, que *Viver Mais e Melhor* é uma escolha pessoal e, aparentemente, independe de qualquer ação coletiva ou do ambiente em que se vive, independe das condições sociais, culturais e econômicas.

Como vimos anteriormente, o conceito original da promoção da saúde defendido por alguns estudiosos e gestores da área é o de que ela depende de uma série de variantes que, na maioria das vezes, não está diretamente ligada à questão saúde. O conceito utilizado em todos os programas não nega isso, algumas vezes os exemplos dados são baseados nessa premissa, como é o caso do que comemora o aniversário do GR, quando fala do exemplo de Aracaju, classificada como a capital da qualidade de vida, devido a uma série de aspectos que incluía a construção de ciclovias. Entretanto, o discurso central de todos eles é pautado no cuidado com o corpo e na mudança de hábitos, ou seja, na responsabilidade de cada um com esse cuidado, apesar do discurso da ciência convocado, especificamente o médico, reprovar “o uso indiscriminado das descobertas divulgadas” e preservar “o direito e o dever de ajustar o saber da medicina às circunstâncias e à singularidade de cada um”. (BRUNO, 1992, p. 78)

Assim, o que encontramos na análise dos programas foi um desvio do conceito ampliado de saúde e de promoção da saúde. Ou seja, o programa não trabalha com o conceito de saúde como simples ausência de doenças e sim procura tratar a saúde de forma mais ampla, e para tanto trabalha com as ideias centrais dos conceitos de risco, cuidado de si, qualidade de vida, envelhecimento ativo, alimentação e atividade física. Contudo, esvazia esses conceitos ao individualizar a responsabilidade pela gerência dos hábitos saudáveis na busca não de um corpo perfeito, mas de um corpo resistente às adversidades e capaz de prolongar e permanecer em vida.

Como vimos anteriormente, não é apenas o Globo Repórter que tem mostrado interesse em discutir a saúde e lembrar a audiência de que ela é a grande

responsável por se manter viva. Outros programas trabalham na mesma linha e a mídia não inventou esse discurso, mas sim se apropriou daqueles do próprio campo da saúde. Para Bruno, “o advento da epidemiologia dos fatores de risco possibilita o nascimento da dietética contemporânea” (1992, p.80), que não nos diz apenas o que comer, mas como e quando dormir, nos obriga a fazer atividade física e até mesmo a cuidar da mente e da alma.

Essa abordagem da saúde, no entendimento de alguns teóricos, nasceu da preocupação em reduzir os gastos com a saúde, que confere à promoção da saúde a mesma importância da assistência à saúde, entendimento mais que legítimo, se não perdermos de vista o “risco” que se corre de tentar controlar as vidas das pessoas através de condicionantes comportamentais. Essa preocupação com o controle da vida das pessoas não foi notada na análise do GR. Ao contrário, mesmo quando fala em condicionantes sociais como violência, trânsito e programas públicos de promoção da saúde, coloca o indivíduo como principal responsável por solucionar o problema.

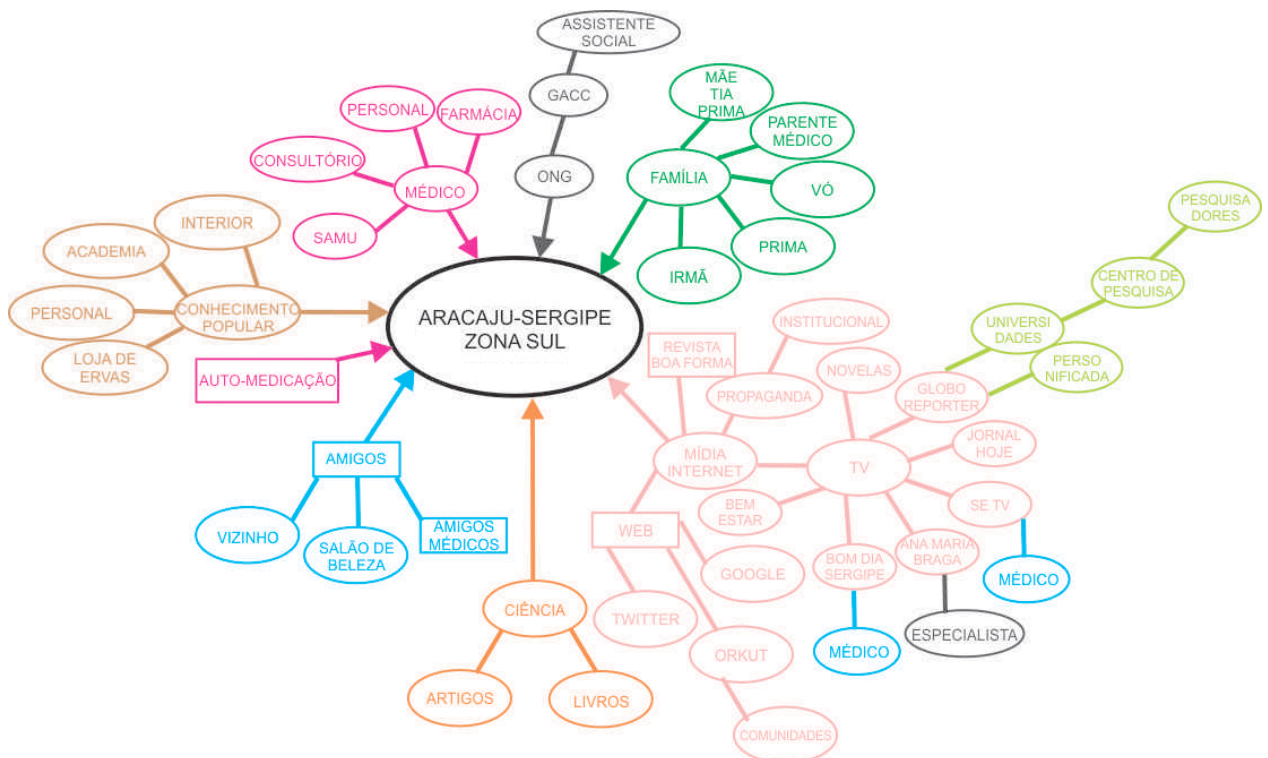
Neste sentido, também, adota um modelo que o SUS tenta superar, mas que ainda se encontra arraigado em várias instâncias do sistema, que é o da produção de cartilhas com receitas e o passo a passo de uma vida saudável. Em todos os programas são elencados alimentos, comportamentos e estilos de vida que devem ser seguidos por todos, como se todas as pessoas fossem iguais e tivessem as mesmas condições de vida. Apesar de ser uma produção televisiva, o desfecho das matérias tem o mesmo teor dos guias e cartilhas comuns ao higienismo que os mais de 20 anos de SUS tentam superar, pelo menos em alguns dos programas e políticas implantadas, mas que ainda mantém, com muita força, na sua política de comunicação social. As cartilhas, guias e materiais afins continuam a ser produzidas pelo MS, tanto no material impresso, quanto nos demais materiais de áudio e vídeo. O modelo desenvolvimentista que pressupõe um emissor sábio e um receptor ignorante e desprovido de história continua sendo o operado pelo MS, ou seja, um paradoxo dentro dos princípios do SUS.

## 4.2 Os mapas

Ao reunir os grupos para construir o mapa de sentidos da saúde, foi possível ver uma amostra de como o dito vira coisa no mundo e vai se reproduzindo e modificando infinitamente. Para cada uma das duas cidades foram construídos quatro mapas da produção dos sentidos da saúde, sendo dois do mercado simbólico e dois da rede de compartilhamento. A partir deles, foram elaborados dois mapas sínteses, um de cada cidade em cada modalidade. Serão apresentados, pela ordem, os mapas do mercado simbólico de Aracaju e do Rio de Janeiro, respectivamente, e em seguida os mapas de compartilhamento seguindo a mesma sequência das cidades.

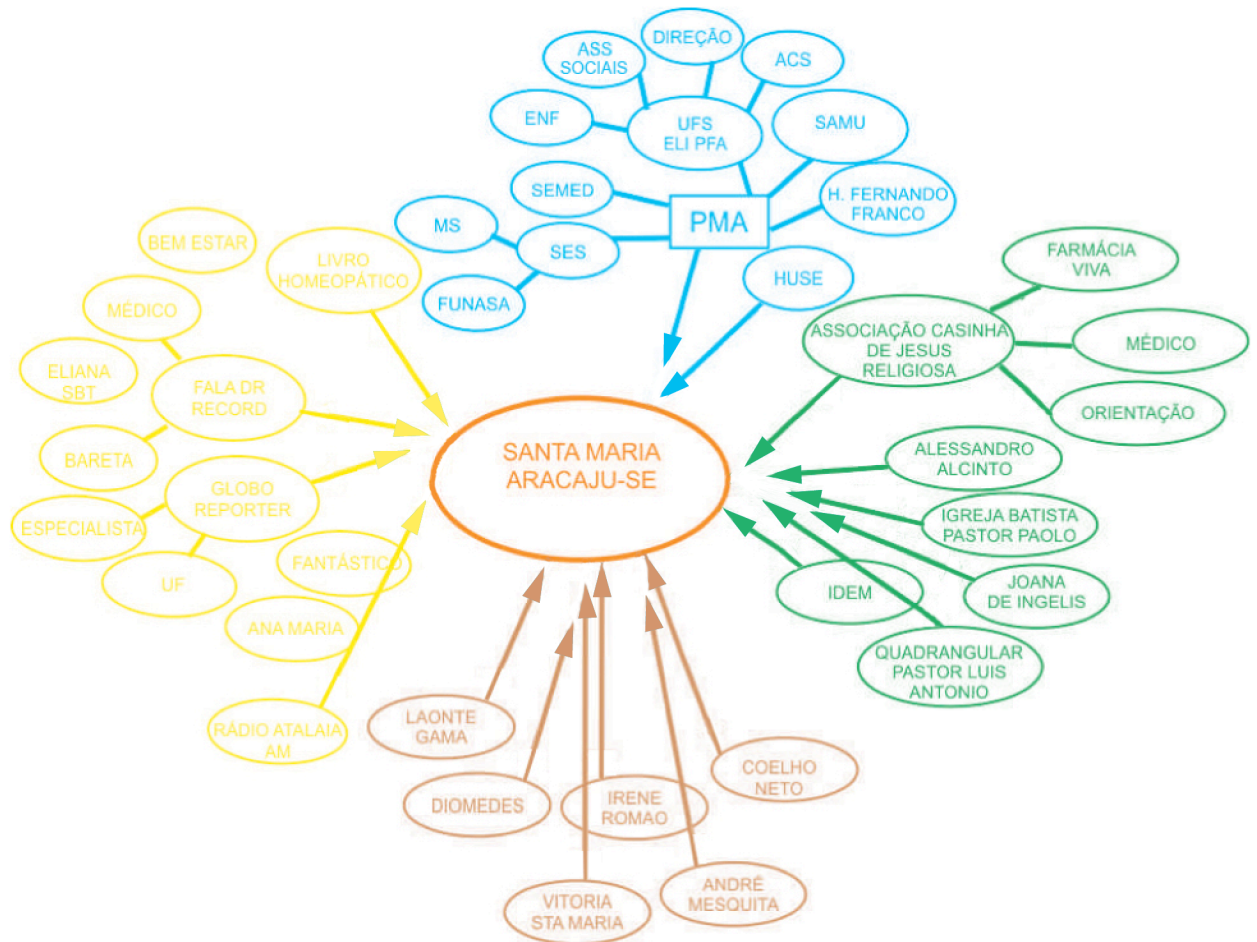
### 4.2.1 Mapas do Mercado Simbólico de Aracaju

Mapa 1 – Mapa do Mercado Simbólico (Aracaju Zona Sul)



Mapa 1 versão digitalizada do mapa exatamente como construído com o grupo de moradores da zona sul de Aracaju em reunião realizada em 30.03.2011

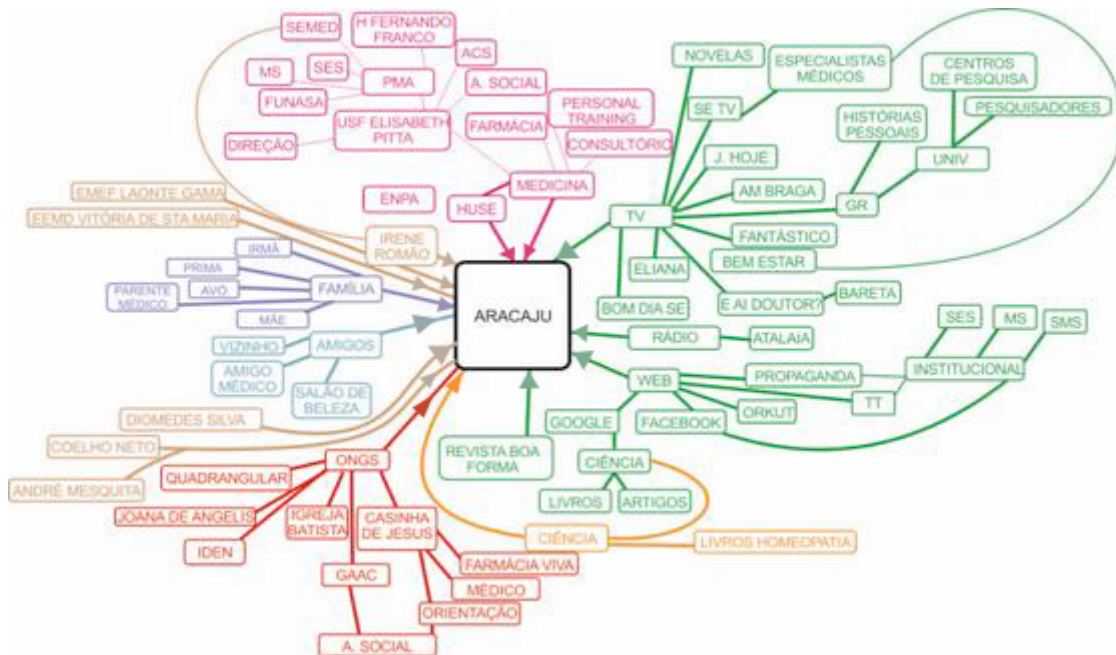
Mapa 2 – Mapa do Mercado Simbólico (Aracaju Subúrbio)



Mapa 2 versão digitalizada do Mapa do Mercado Simbólico exatamente como construído pelos moradores do subúrbio de Aracaju em reunião no dia 28.03.2011



Mapa 3 – Mapa do Mercado Simbólico – Aracaju



Mapa 3 Síntese do Mapa do Mercado Simbólico dos moradores de Aracaju

#### 4.2.2 Análise – Aracaju

Ao analisar o mapa de Aracaju encontramos uma diversidade na construção dos sentidos da saúde através do grande número de comunidades discursivas. Há centralidade dos discursos da mídia, seguida das instituições médicas e de saúde:

◊ Mídia: Em Aracaju a televisão, o rádio e a internet são as três principais mídias que constroem sentido de saúde para a população. O Globo Repórter é um dos programas assistidos e quase todos os participantes disseram que preferem assisti-lo quando o assunto abordado é saúde. Esse fato vem corroborar tanto as pesquisas realizadas pela Emissora e pelo Ministério da Saúde já citadas nesta dissertação, quanto às informações fornecidas pela coordenadora de produção do Globo Repórter na entrevista, quando disse que a audiência ajuda a escolher as pautas dos programas. Entretanto, também foi possível constatar que ele não é o único e que outros programas dentro ou fora da Rede Globo também são acompanhados com atenção. É o caso do Mais Você, do Fantástico, do Jornal Hoje e, com um destaque especial, do novo Bem Estar, programa exclusivo para debater assuntos da saúde que é veiculado todos os dias pela manhã, atendendo ao perfil

de audiência do horário que é formado por mulheres dona de casa, reconhecidas cuidadoras do lar e da família. Além desses, o Programa Eliana no SBT e o E aí, doutor? da Rede Record, também figuram entre os preferidos como fonte de informação sobre saúde. Em Aracaju aparecem ainda as novelas, quando tratam de temas como câncer, drogas e deficientes físicos e os telejornais locais com características mais voltadas para serviços, casos do Bom Dia Sergipe e do Sergipe Notícias Primeira Edição da TV Sergipe, afiliada de Rede Globo. Configurando-se a concorrência entre os discursos entre as várias comunidades discursivas da mídia. Os grupos também identificaram que todos os programas trazem a presença dos discursos das instituições médicas, com especialistas autônomos e centros de pesquisas.

Em relação aos programas de rádio, foram identificados os programas de debates que em Sergipe estão em quase todas as emissoras AM e FM no horário entre seis e nove horas da manhã. São programas sensacionalistas, em sua maioria conduzidos por políticos (vereadores e deputados), carentes de produção, os quais por muitas vezes dedicam todo horário a explorar um único tema polêmico. As questões de saúde discutidas nestes programas, via de regra, são denúncias de mau atendimento e problemas de gestão de unidades públicas de saúde, e quase nunca de informação sobre os cuidados com a saúde. Os participantes não são ingênuos quanto às intenções e ao uso que os programas fazem de suas mazelas, mas entendem que são os poucos espaços nos quais conseguem circular seus discursos. Um deles chegou a dizer: “não me iludo de que eles são os bons, mas são eles que me deixam falar”. As denúncias também concorrem com os sentidos da promoção da saúde e coloca os discursos das instituições de saúde em posição mais periférica porque falam de uma presumível incompetência para cuidar das pessoas. O fato da audiência entender as intenções políticas por trás dos programas radiofônicos, mas ainda assim recorrerem a eles é uma estratégia de fluxo na busca por melhores lugares de interlocução. Nesse caso é interessante notar que as pessoas da zona sul de Aracaju ouvem menos os programas de rádio e tem uma avaliação bastante crítica. Na verdade a linha editorial dos programas<sup>4</sup> é bastante popular e pitoresca, com utilização de apelidos, gritos e um alto grau de

---

<sup>4</sup> Falo no plural porque quase não há variação na condução dos mesmos, salvo a única exceção do Liberdade Sem Censura, veiculado em várias rádios, sendo uma delas a Rádio Educativa Aperipê do Governo do Estado de Sergipe, e em um canal de TV a Cabo, a TV Caju.

informalidade, o que justifica o afastamento do grupo com mais anos de escolaridade, analise essa baseada no conceito de mediação de referência. Além disso, o grupo da zona sul teve a participação de duas profissionais da imprensa, o que dá a ele um senso crítico mais apurado nos assuntos de mídia.

Ainda na comunidade discursiva da mídia, a internet teve uma presença forte no grupo da zona sul, não aparecendo no subúrbio. Esse fato pode ser justificado pelas condições sociais do Bairro Santa Maria já explicadas anteriormente. As redes sociais são as preferidas para os assuntos de saúde, principalmente o Twitter, o orkut e o Facebook, através das discussões iniciadas em perfis muitas vezes institucionais, como é o caso do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS), e nas comunidades temáticas. Uma ferramenta muito usada é o Google para fazer pesquisa de informações científicas de determinada doença e/ou tratamento. O sociólogo do grupo da Zona Sul, declaradamente um forte interessado por saúde, foi o participante que declarou mais acionar o Google para se informar sobre o assunto.

Na mídia impressa só foi identificada a Revista Boa Forma como um dos veículos utilizados, principalmente pelas mulheres, para se informarem sobre saúde, em especial em relação ao cuidado com o corpo e atividade física, com interesse mais estético do que de prevenção de doenças.

Perpassando o discurso de todos esses veículos, aparece o discurso oficial da saúde pública, através das propagandas institucionais sobre saúde veiculadas pelos órgãos públicos responsáveis, principalmente em campanhas de vacinação ou de epidemia de gripe ou dengue. Como vimos anteriormente pela literatura consultada e pela análise dos programas, tanto o enfoque dado pela mídia quanto as campanhas institucionais sobre saúde têm focado a responsabilização do indivíduo no cuidado de si. Portanto, as comunidades discursivas da mídia, com exceção dos programas de rádio sergipanos que não tratam da prevenção, mas da assistência, têm construído o sentido de que promover saúde está ligado ao comportamento e às escolhas individuais, ou seja, viver saudável ou adoecer é de responsabilidade do indivíduo.

◇ Instituições Médicas e de Saúde – O discurso central é o do saber médico que no caso de Aracaju está localizado nas Unidades de Saúde da Família no subúrbio e nos consultórios médicos na zona sul, além do *personal trainers* e da farmácia. Aqui se faz necessário abrir um parêntese para problematizar um pouco

esses dois últimos interlocutores. O *personal trainer* é um profissional de Educação Física, formação ligada às ciências biomédicas, e tem o discurso respeitado no campo quando se trata de acompanhamento de atividade física. Esse profissional divide a responsabilidade na área juntamente com o fisioterapeuta, numa disputa por espaço. Acompanhei algumas discussões tanto no Sistema Único de Saúde quanto na Saúde Suplementar, em reuniões como gestora e em cobertura de eventos para discutir rol de procedimentos a serem cobertos pelos planos de saúde comercializados pelas operadoras sob regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e pude observar que não apenas esses saberes não são muito respeitados pelos conselhos e associações médicas, como disputam entre si quem tem o direito de receitar como cuidar e tratar o corpo. Quanto às farmácias, em Aracaju ainda se vê o exercício da automedicação ou da orientação com o funcionário da farmácia sobre a medicação de agravos considerados simples como gripe, resfriado e dores localizadas. Esses profissionais exercem certo poder na construção dos sentidos de saúde, principalmente em área com acesso difícil aos serviços públicos. Todos eles constroem sentidos de saúde e disputam com as demais instituições de saúde, com mais ou menos poder a depender dos contextos.

Em Aracaju os discursos das instituições médicas localizadas no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) e no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) aparecem tão centralizados quanto os das Unidades de Saúde da Família, muito mais devido aos participantes residentes no subúrbio (bairro Santa Maria) do que os da zona sul. Os participantes informaram que procuram o serviço do Hospital quando precisam de atendimento durante a madrugada e nos finais de semana e feriados e que, muitas vezes, são orientados pelos médicos e enfermeiras que fazem o atendimento. Essas informações são utilizadas por eles em outras ocasiões. Também o SAMU, apesar de ser um atendimento emergencial, algumas vezes passa orientações pelo telefone que, além de em algumas ocasiões dispensar o atendimento, são utilizadas posteriormente em outras situações. Nos dois casos as informações são mais ligadas ao tratamento do que à promoção ou à prevenção, mas o grupo informou que também recebe noções de cuidados, inclusive comportamentais, como não beber e dirigir e se proteger de agressões domésticas, portanto discursos que provocam mudanças na forma como as pessoas se relacionam em sociedade.

O grupo da zona sul tem menos espaços para circulação do discurso das instituições médicas, sendo eles centralizados nos seus médicos de referência nos consultórios já citados acima. Entretanto, os moradores do subúrbio acessam as instituições por várias portas, duas delas já vistas acima, e com isso têm mais contato com os discursos, principalmente nas Unidades de Saúde da Família. O Santa Maria tem três unidades, sendo que nosso grupo é usuário e está adscrito à Unidade de Saúde da Família Elisabeth Pitta. As equipes de saúde da família no Brasil são formadas por agentes comunitários de saúde, médico, enfermeira e assistente social, em Aracaju para cada duas equipes existe um dentista, além dos profissionais de apoio administrativo e auxiliares de consultório e a gerente da unidade. O grupo identificou todos eles como interlocutores do discurso da saúde na comunidade. Nesse caso é importante notar que a gerente, a assistente social, os agentes comunitários de saúde e a enfermeira apresentam um discurso mais centralizado do que o médico. Durante a conversa eles disseram que quem os procuram para vacinar e participar das demais atividades relacionadas a saúde são especialmente a gerente, os agentes e a assistente social, que percorrem a área indo até suas casas. Entretanto, na hora do tratamento propriamente dito, o médico tem sua autoridade assegurada e conseqüente preferência.

Também identificaram que a gestão pública municipal é a responsável por esse atendimento, além da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), da SES e do MS. Já que o assunto era a presença da Prefeitura, questionei o grupo sobre o título de Capital da Qualidade de Vida e um dos participantes respondeu: “isso é coisa da Globo, dizem isso porque não moram no Santa Maria”. Os demais disseram que não concordam porque não têm qualidade de vida no ambiente em que vivem, sem calçamento, esgoto e com muita pobreza, ou seja, a forma de apropriação do discurso oficial, legitimado pela edição do GR, pela comunidade que vive numa área onde essa qualidade não é realidade, desmobiliza o argumento da onipotência da mídia na formação dos sentidos. Ressaltaram também que gostam do serviço de saúde que têm porque os profissionais fazem o melhor possível, mas que há muito a melhorar.

◇ As instituições educativas formam outro núcleo discursivo bastante presente em Aracaju, mas apenas no subúrbio e nem chegam a ser citadas na zona sul. Seis escolas da região aparecem como articuladoras do discurso da saúde no bairro, segundo os participantes porque realizam palestras tanto com os alunos quanto com

os pais e distribuem materiais educativos sobre doenças e cuidados com a saúde, além de realizarem gincanas e eventos festivos para discutir temas como AIDS e Dengue. As escolas são quase todas públicas (estaduais e municipais), uma delas é beneficente. Aqui é importante frisar que o discurso educacional nas escolas públicas muitas vezes é o discurso das instituições de saúde e médicas. Algumas escolas estão no Programa Escolas Promotoras de Saúde, uma parceria do MS e do Ministério da Educação, que agrega as Secretarias de Saúde e Educação nos Estados. O programa visa a implantação do Canto da Saúde nas Escolas que, entre outras atividades, distribui camisinhas com os alunos e discute sexualidade. Além disso, as escolas recorrem aos profissionais das instituições de saúde quando realizam atividades educativas na área.

◇ As organizações não governamentais formam uma comunidade discursiva que disputa poder e aparece nos dois grupos, embora de forma diferente. Os moradores do bairro Santa Maria são usuários dos serviços ofertados pelas ONGs que atuam na comunidade, sendo, portanto mais afetadas pelos discursos das mesmas. Os da zona sul são afetadas mais pelo reconhecimento do poder de algumas instituições, curiosamente nenhuma das que atuam no bairro Santa Maria. Aqui o discurso é muito diferente dos anteriores. Essas organizações prestam serviços de saúde e assistência social e disputam diretamente com as instituições governamentais o direito de fazer ver e de fazer crer (BOURDIEU, 1989), porém, quando questionados sobre o discurso da saúde, os participantes disseram que elas ensinam os mesmos cuidados com o corpo e preocupação com a manutenção da saúde, mas incentivam as pessoas a participarem e cobrarem da gestão pública (dizem que precisam fazer porque o governo não faz). Os discursos desse núcleo muitas vezes compartilham as mesmas matrizes que os discursos da Igreja e desempenham papéis similares de complementar os serviços públicos de saúde na assistência aos cidadãos.

◇ A Igreja está presente nos dois grupos. No da zona sul uma das jornalistas é evangélica e diz que a sua igreja tem uma forte influência na forma como cuida de si e do seu corpo. Informou que sempre assiste palestras de pessoas da mesma religião, convidadas para falar sobre temas como sexualidade, corpo e uso de drogas. No grupo do subúrbio algumas igrejas, inclusive a católica, mantêm serviços de assistência médica, de homeopatia através de uma farmácia viva e de orientação com assistentes sociais.

◊ Outras comunidades que aparecem com um discurso mais periférico são as do núcleo familiar e das relações sociais. Parentes que atuam na área da saúde, principalmente médicos, aparecem como pessoas que os participantes escutam quando o assunto é saúde, um amigo médico também. Aparecem nessas comunidades outros graus de parentesco e conversas em salões de beleza.

Antes de concluir a análise desse mapa, vale comentar que uma das participantes do grupo do subúrbio vende produtos homeopáticos e, por força desse contexto, gosta de se informar sobre saúde, principalmente tratamento em livros de homeopatia.

#### 4.2.3 Mapas do Mercado Simbólico do Rio de Janeiro

Mapa 4 – Mapa do Mercado Simbólico (Rio de Janeiro – Zona Sul)



Mapa 4 versão digitalizada do Mapa do Mercado Simbólico exatamente como construído pelos moradores da zona sul do Rio de Janeiro em 23.05.2011

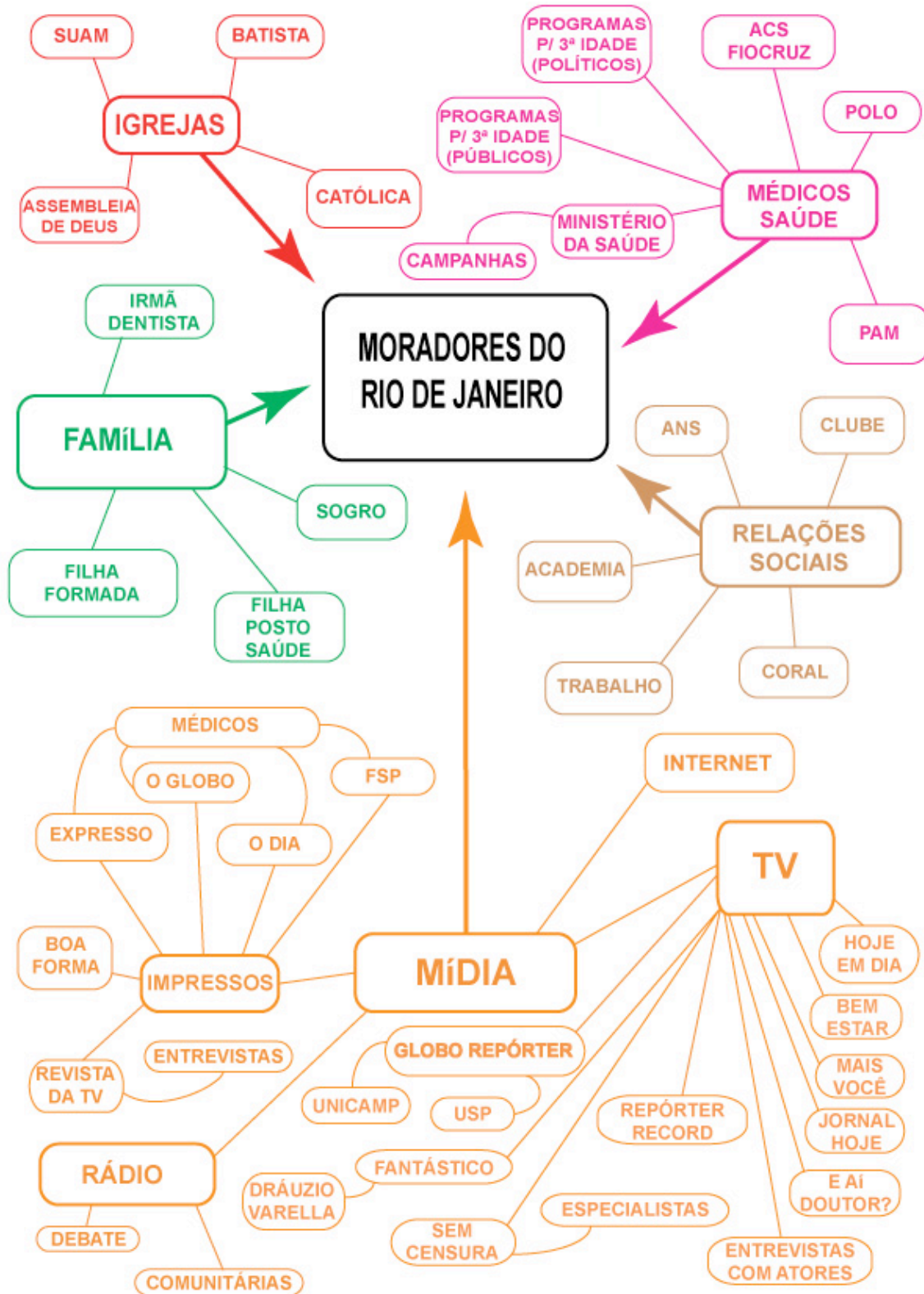
Mapa 5 – Mapa do Mercado Simbólico (Rio de Janeiro – Zona Norte e Subúrbio)



Mapa 5 versão digitalizada do Mapa do Mercado Simbólico exatamente como construído pelos moradores da zona norte e subúrbio do Rio de Janeiro em 24.05.2011



Mapa 6 – Mapa do Mercado Simbólico - Rio de Janeiro



Mapa 6 síntese do Mapa do Mercado Simbólico do Rio de Janeiro

#### 4.2.4 Análise – Rio de Janeiro

O mapa consolidado dos dois grupos cariocas mostra uma centralidade ainda maior das comunidades discursivas midiáticas em relação a qualquer outra comunidade, justificada pela ausência dos serviços de saúde públicos em algumas áreas da cidade e, especialmente, pela baixa cobertura do Programa de Saúde da Família que, no caso de Aracaju, é a responsável pela centralidade do discurso das instituições médicas e de saúde.

◊ Mídia – No Rio de Janeiro, dentre os programas televisivos que fazem parte do núcleo discursivo da mídia, o Globo Repórter foi apontado como um dos que têm maior participação na formação dos sentidos de saúde dentre os dois grupos participantes, inclusive com a identificação dos centros acadêmicos que mais aparecem no programa como USP e UNICAMP. Destaque especial pode ser conferido a duas participantes, que disseram não perderem um Globo Repórter e tentarem fazer tudo que aprendem com o programa. Os grupos também apontaram outros programas da Rede Globo como Bem Estar, Mais Você, Jornal Hoje e Fantástico, destacando o Dr. Dráuzio Varela como interlocutor. Também apareceram o E aí, doutor?, o Repórter Record e Hoje em Dia da Rede Record e o Sem Censura da TV Brasil, sendo que nesse último foi apontada a importância das entrevistas com especialistas. Um elemento interessante que emergiu foi o de que também se informam sobre saúde em entrevistas com atores quando os mesmos falam das suas experiências com doenças, citando o exemplo da atriz global Drica Moraes, com diagnóstico recente de câncer.

Ao contrário de Aracaju, a mídia impressa tem bastante força do Rio de Janeiro. A revista Boa Forma também aparece, mas não é a única, jornais populares como Expresso e O Dia, a Revista da TV encartada no O Globo de domingo, o próprio jornal O Globo, além da Folha de S.Paulo, são veículos nos quais os dois grupos cariocas gostam de se informar sobre saúde. Foram citadas, principalmente, as entrevistas com especialistas médicos. Além deles, também integram esse núcleo, embora mais timidamente, as rádios comunitárias, a internet e debates em algumas emissoras de rádio cariocas. Os programas radiofônicos cariocas não trabalham na mesma linha editorial que os de Aracaju e, mesmo quando há debates, são feitos em forma clássica de entrevista. Das oito pessoas dos dois grupos

cariocas, apenas três disseram acessar a internet à procura de informações sobre saúde.

◇ As instituições médicas e de saúde também aparecem, embora ocupando um lugar menos central que a mídia. Entretanto, ocupam menos espaços de interlocução que em Aracaju. Basicamente foram identificados o Centro de Referência da Assistência Social Padre Velloso (Cras), o Posto de Assistência Médica Dom Helder Câmara (PAM) da mesma comunidade, os agentes comunitários de saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e dois programas ligados a políticos no subúrbio carioca, um de atendimento médico e outro para a Terceira Idade. O Ministério da Saúde só aparece em campanhas identificadas em outdoors e comerciais de TV. Na análise fica evidente que a pouca participação dessas instituições se deve ao modelo de saúde pública do Rio de Janeiro, muito concentrado nos hospitais e com baixa cobertura no programa de saúde da família que é focado no território e nas condições de vida dos usuários. Importante notar que para a participante que mora em Manguinhos, a visão é diferente por causa do trabalho dos agentes comunitários de saúde da Fiocruz. Para essa participante, as instituições médicas são mais presentes na formação dos sentidos da saúde que para as demais.

◇ Igrejas – as igrejas formam outro núcleo de comunidades que aparece no Rio de Janeiro, os grupos citaram três delas: a Igreja Batista, a Assembleia de Deus e a Igreja Católica. Mais uma vez é importante lembrar que apesar de trabalharem com as questões da saúde, o discurso das instituições religiosas tem uma preocupação fundamental de livrar as almas do pecado, mais do que os corpos das doenças. Os conselhos são comportamentais e a culpa punida com o castigo divino é uma ameaça constante. Pode-se dizer que o discurso da promoção da saúde tradicional faz a mesma coisa; no entanto, o discurso biomédico responsabiliza o indivíduo pelo que faz com seu corpo, ameaçando-o com a doença e culpando-o pelo aumento dos gastos públicos, mas não o considera um pecador. Essa diferença é primordial para entendermos o poder das comunidades discursivas religiosas.

◇ Família – uma irmã dentista, uma filha profissional de saúde, outra filha com formação universitária e um sogro de perfil patriarcal colocam a comunidade discursiva da família em uma posição privilegiada de disputa no caso carioca. O fato de alguns membros terem formação na área biomédica fortalece o discurso dessa

comunidade. Um dos membros chegou a dizer que um parente ou amigo médico é melhor do que um plano de saúde.

◇ As relações sociais aparecem mais como espaços do que como comunidades discursivas. O clube, a academia, o ambiente de trabalho são lugares onde circulam informações sobre saúde. No Rio, o fato de uma das participantes cantar num coral que inclui um médico faz com que esse seja um lugar onde se informa sobre saúde. Da mesma forma o local de trabalho de alguns outros, dois membros cariocas trabalham na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) onde, apesar das informações de saúde serem mais financeiras e legais, circulam muitos médicos e mais uma vez o discurso biomédico aparece como um componente desse mercado simbólico.

◇ Quanto as ONGs, no Rio de Janeiro só apareceu uma referência no grupo do subúrbio.

#### 4.2.4.1 Santa Maria e Santa Martha – semelhanças e diferenças

Dois nomes de santa, dois santos nomes femininos para batizar lugares de extrema pobreza e abandono, como que a pedir proteção. Proteção santíssima, proteção materna. Mas o Santa Maria e o Santa Martha têm mais em comum que nome de santas e descaso. As duas comunidades em cidades tão distantes e distintas, com culturas tão diferentes, têm em comum movimentos sociais de afirmação, de respeito e orgulho. As duas comunidades carecem de muita coisa, mas assumiram o lugar como seu.

Há mais semelhanças entre as duas cidades, na observação dos grupos deste estudo. A zona sul vive de maneira igual, com as mesmas condições estruturais, mas elas acabam por aí. Na análise dos mapas há muita diferença.

A análise visual dos dois mapas já mostra as diferenças das duas cidades. Apesar do Rio de Janeiro ser uma grande metrópole, o que permite acesso a um número maior de serviços públicos, opções culturais, oportunidades de emprego e tudo o mais que uma grande cidade pode ofertar, os discursos de saúde em Aracaju são menos centrais do que no Rio de Janeiro, quando comparados no âmbito do mesmo mercado simbólico. No Rio notamos uma concentração forte na mídia, inclusive com um maior número de comunidades discursivas. Em Aracaju, apesar de menos espaços de mídia, o que pode ser notado pela quase ausência da mídia

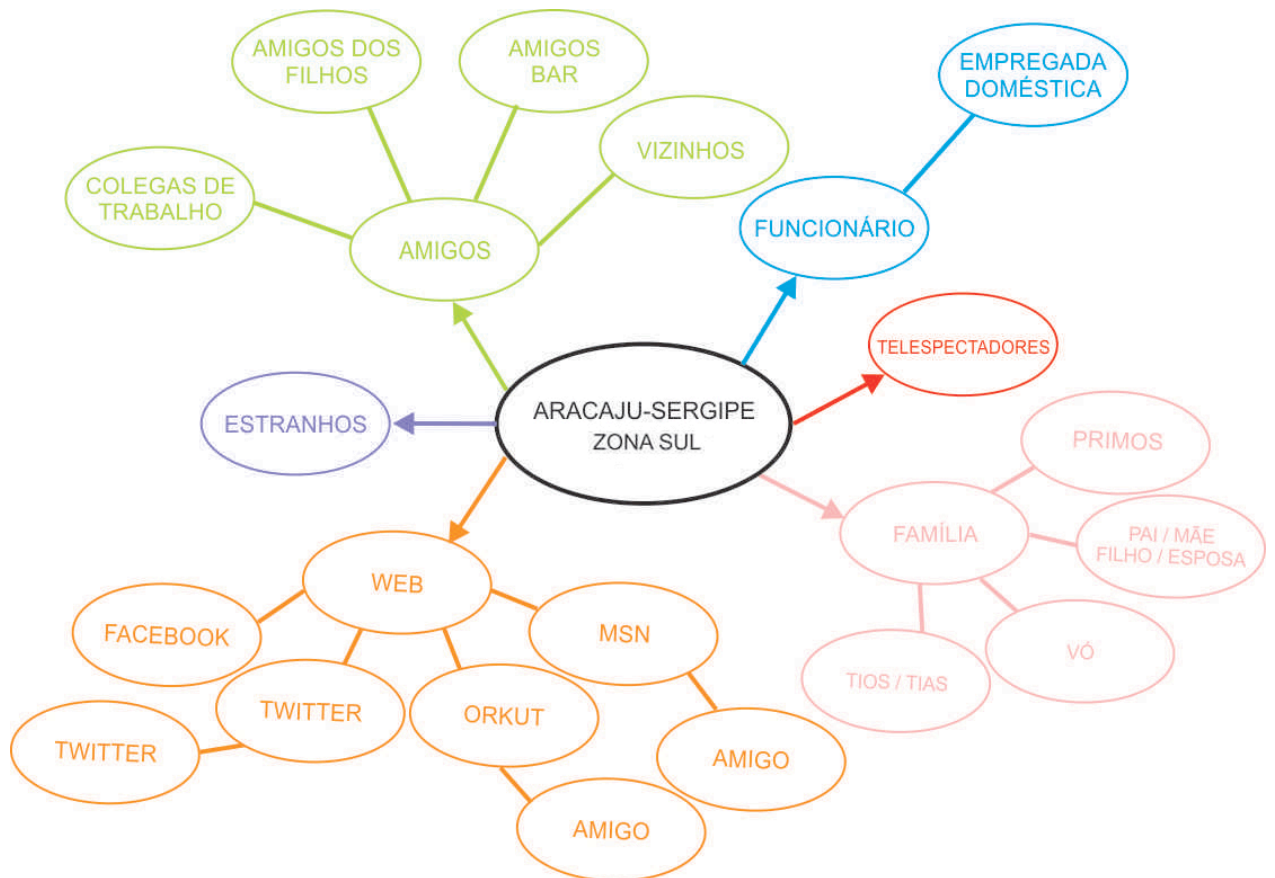
imprensa, existem mais comunidades discursivas disputando o poder de falar sobre saúde, especialmente no núcleo discursivo das instituições médicas e de saúde. Como já destacamos antes, os dois modelos de saúde pública implantados na cidade são muito diferentes. Aracaju fez uma opção pelo Programa de Saúde da Família e tem uma cobertura de mais de 80% do território da cidade. O que significa um número razoável de agentes comunitários de saúde os quais, entre outras funções, conversam sobre saúde com os usuários que atendem. No Rio o modelo é voltado para o atendimento hospitalar, apesar de já haver um movimento de mudança em direção ao PSF com a construção de clínicas de saúde da família e de Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Além disso, em Aracaju também encontramos mais ONGs e igrejas com ações voltadas para a saúde do que nos dois grupos cariocas. Apesar de em um dos grupos os participantes morarem num mesmo bairro da zona sul (Botafogo), dois deles tinham condições de vida completamente diferentes, mas todos se informavam mais sobre saúde através da mídia do que das instituições médicas. Os participantes do outro grupo moravam em bairros diferentes da zona norte e subúrbio, mas nenhum deles identificou as instituições médicas e de saúde como comunidades que fazem circular os discursos da saúde, salvo raras exceções. Já em Aracaju os moradores do bairro Santa Maria não só identificam claramente esses discursos nas instituições públicas como também nas ONGs e igrejas que atendem a comunidade. O poder simbólico da mídia é o mesmo nas duas cidades, a diferença está no número de comunidades discursivas que é bem maior no Rio de Janeiro, além disso, em Aracaju há uma maior concorrência na construção dos sentidos devido à presença de outras instituições.

Diferente é também a forma de interpretar dos grupos de cada uma das cidades, dos grupos dentro da mesma cidade e das pessoas dentro do mesmo grupo. Como vimos no capítulo teórico a forma de consumir e se apropriar dos discursos vai depender dos contextos.

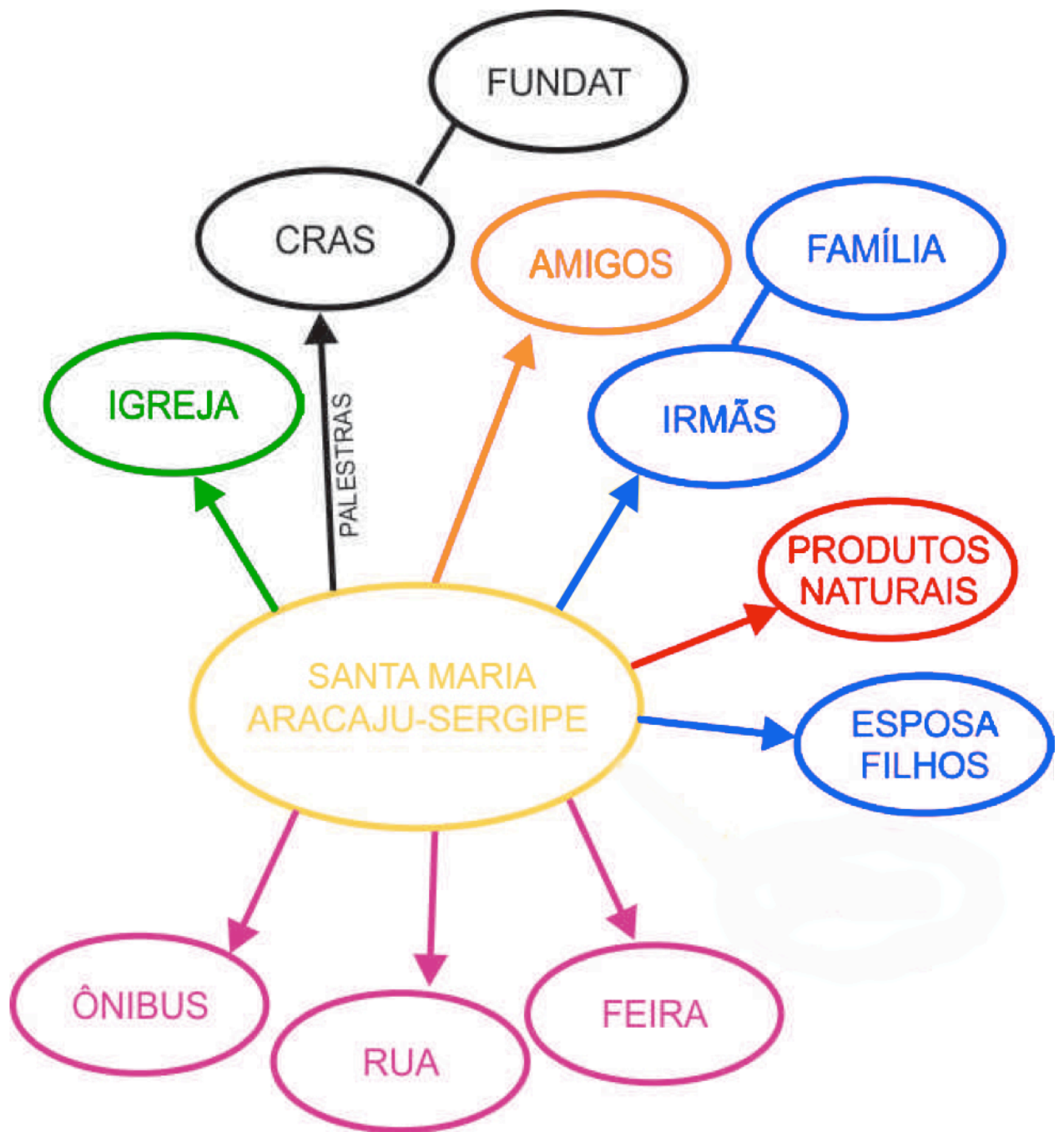
#### 4.2.5 Mapas de Compartilhamento Aracaju

Mapa 7 – Mapa de Compartilhamento (Aracaju - Zona Sul)



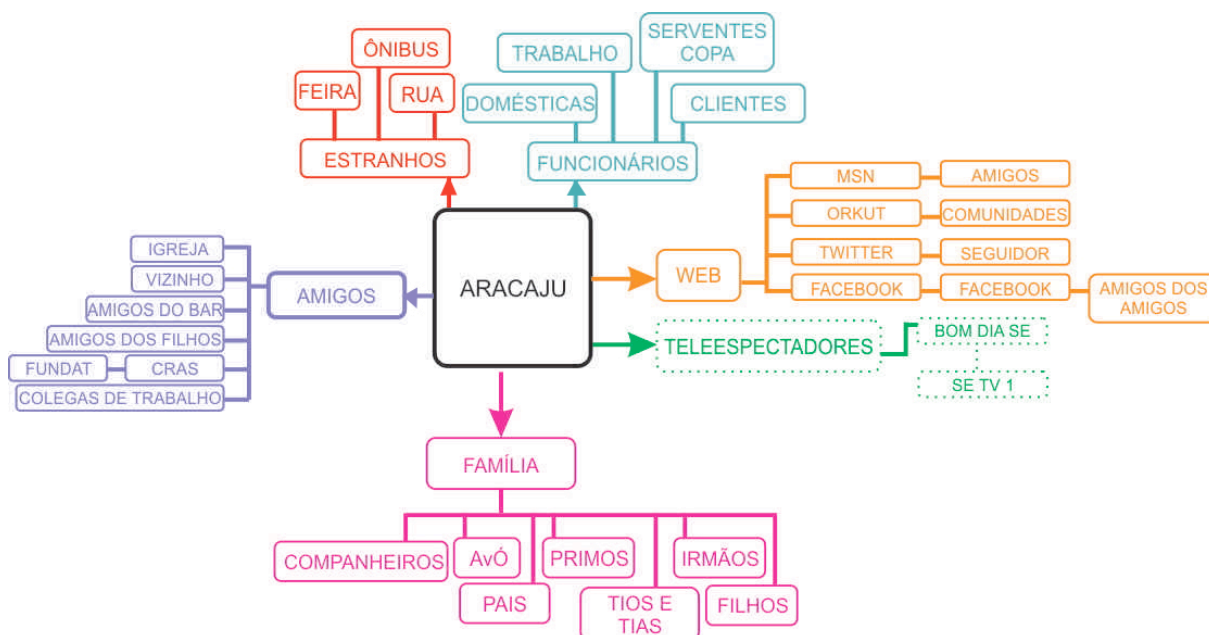
Mapa 7 versão digitalizada do Mapa de Compartilhamento exatamente como construído pelos moradores da zona sul de Aracaju em 30.03.2011

Mapa 8 – Mapa de Compartilhamento (Aracaju – Subúrbio)



Mapa 8 versão digitalizada do Mapa de Compartilhamento exatamente como construído pelos moradores do subúrbio de Aracaju em 28.03.2011

Mapa 9 – Mapa de Compartilhamento – Aracaju



Mapa 9 Síntese dos Mapas de Compartilhamento de Aracaju

#### 4.2.6 Análise do Mapa de Compartilhamento de Aracaju

Nos mapas de compartilhamento, diferentemente dos mapas do mercado simbólico, os quais privilegiam as comunidades discursivas, o enfoque recai sobre os lugares de circulação, já que os interlocutores vão compartilhar os sentidos de saúde dos quais se apropriaram com as pessoas de sua convivência nos ambientes em que circulam.

◊ Ambiente Familiar - no mapa de Aracaju temos como principal espaço de compartilhamento o ambiente familiar. Os dois grupos informaram que conversam sobre saúde, o que entendem dela, formas de tratamento e cuidado, principalmente, com os parceiros (esposas, maridos, namorados(as) e afins). Os filhos, pais e avós são outros níveis de parentesco privilegiados nas conversas sobre saúde, principalmente, no caso das mulheres, refletindo-se a atribuição às mesmas da responsabilidade de cuidar da saúde, através da informação e da vigilância permanente da saúde, principalmente dos filhos e pais idosos. No ambiente familiar os participantes apontaram ainda irmãos, primos, tios e tias como interlocutores nas conversas sobre saúde.



◇ Ambiente virtual – os grupos de Aracaju disseram que repassam as informações sobre saúde sempre que consideram algo interessante ou que pode gerar um debate no ambiente virtual, especialmente nas redes de relacionamentos como o *Facebook* com os amigos e amigos dos amigos. O *Facebook* é um ambiente em que uma única postagem pode suscitar um debate por onde circulam vários sentidos; o *Twitter* também permite discussão com a rede de seguidores, no *orkut* através dos fóruns e tópicos abertos nas comunidades. São espaços que permitem uma disputa, muitas vezes acirrada, de sentidos, enquanto que o *Messenger* que é um local de conversa fechada e privada com amigos, não é um espaço de polêmica mas é um espaço onde pessoas conhecidas podem negociar ideias.

◇ Ambiente social – a rede de amigos no ambiente social sejam eles da igreja, do bar ou do trabalho, é também interlocutora dos sentidos de saúde apreendidos. No caso de Aracaju, umas das pessoas da zona sul, uma jornalista evangélica, tinha oportunidade de falar para os demais membros da igreja sobre saúde. Essa participante tem discurso legitimado e conseqüente poder simbólico, pela profissão e pelo cargo que ocupa junto aos dirigentes da Igreja, que são também políticos. Outro participante disse também é convidado para dar palestras no Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRAS) da cidade. Outras pessoas que participam do ambiente social são os vizinhos e os amigos dos filhos.

◇ Ambiente de trabalho – nesse caso o ambiente de trabalho do qual falamos não é o das conversas com os colegas, essas foram inseridas no ambiente social. Estamos falando aqui daquelas pessoas que, a partir dos sentidos que articulam, podem gerar sentidos para um número maior de pessoas por causa da posição que ocupam em seus ambientes de trabalho. Uma participante de um dos grupos de Aracaju estava inserida nesse contexto. Tratava-se de uma jornalista, editora de um programa jornalístico matutino de veiculação estadual. Ela destacou que sempre que aprende algo interessante na área sugere como pauta do jornal que edita, as quais muitas vezes são aceitas e veiculadas em, pelo menos, dois jornais da emissora local.

◇ Ambiente público – os participantes disseram que assuntos de saúde, curiosidades, informações e até receitas de medicamentos e chás são os preferidos nos ambientes públicos, nas conversas com estranhos na rua, na feira, no ônibus.

#### 4.2.7 – Mapas de Compartilhamento do Rio de Janeiro

Mapa 10 – Mapa de Compartilhamento (Rio de Janeiro Zona Sul)

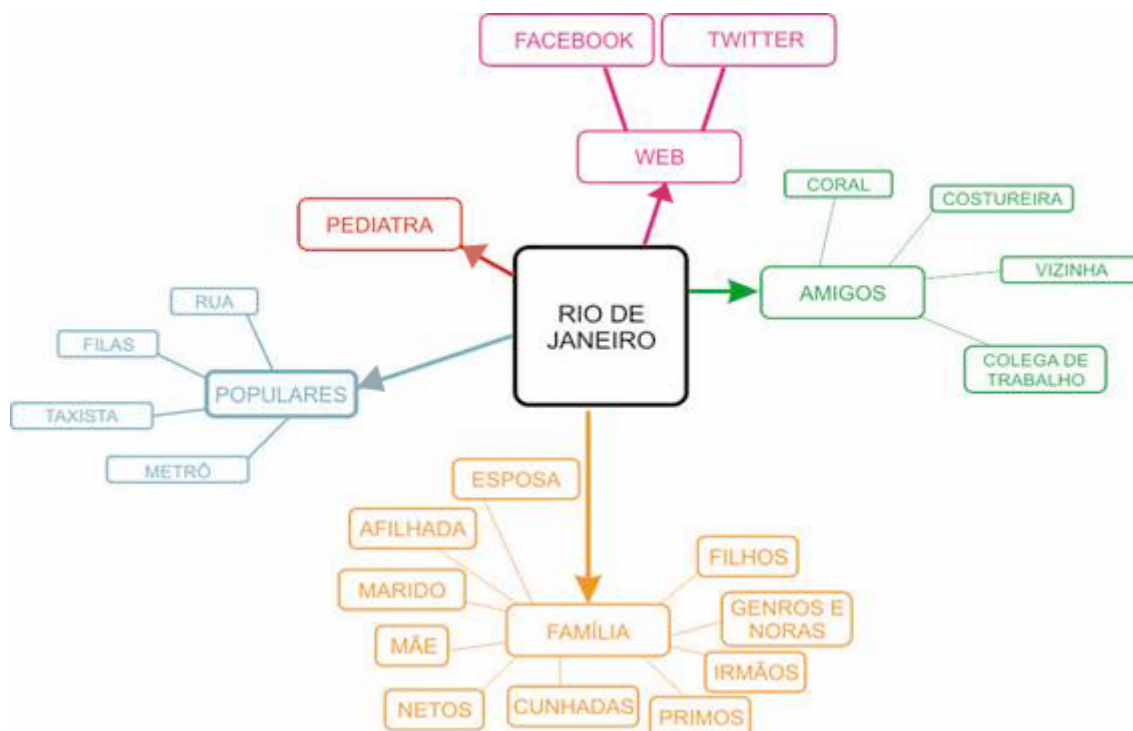


Mapa 10 versão digitalizada do Mapa de Compartilhamento exatamente como construído pelo grupo da zona sul do Rio de Janeiro em 24.05.2011

Mapa 11 – Mapa de Compartilhamento (Rio de Janeiro Zona Norte e Subúrbio)



Mapa 11 versão digitalizada do Mapa de Compartilhamento exatamente como construído pelos oradores da zona norte e subúrbio do Rio de Janeiro em 23.05.2011



Mapa 12 síntese do Mapa de Compartilhamento do Rio de Janeiro

#### 4.2.8 Análise do Mapa de Compartilhamento do Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro tem um mapa de compartilhamento bem parecido com Aracaju, os lugares de circulação se repetem. Apenas o ambiente de trabalho não aparece, mas como já foi explicada, a situação em Aracaju era peculiar pelo contexto de uma das participantes. Entretanto, apesar dos lugares de circulação se repetir, eles não apresentam a mesma rede em relação ao ambiente virtual e público.

◇ Ambiente familiar – aqui também os participantes indicaram os membros das famílias como os principais interlocutores em conversas sobre saúde e promoção da saúde. Os parceiros, como maridos e esposas, são indicações de todos os participantes, além de filhos, irmãos, netos, mãe, genros e noras, primos e até parentes mais afastados como cunhadas e afilhadas.

◇ Ambiente social – as conversas no ambiente social são a segunda indicação mais presente no Rio de Janeiro. Colegas do coral, de trabalho, vizinha e costureira são os interlocutores com que mais conversam sobre saúde.

◇ Ambiente público – diferente de Aracaju, o ambiente público tem uma posição mais central no Rio de Janeiro. Não era proposta deste trabalho estudar as

diferenças comportamentais nas duas cidades, mas foi possível observar empiricamente que o carioca tem por hábito conversar mais com as pessoas desconhecidas na rua do que os aracajuanos, talvez esteja aí a explicação para o fato desse ambiente aparecer mais fortemente no Rio de Janeiro. Os interlocutores nesse ambiente são pessoas que encontram na rua, nas filas, o taxista e os passageiros do metrô.

◇ O ambiente virtual – foram citados apenas dois espaços em que os grupos cariocas conversavam sobre saúde, o *Facebook* e o *Twitter*. As conversas se dão da mesma forma que em Aracaju.

◇ Ambiente da saúde – uma participante do Rio de Janeiro falou de um interlocutor com o qual sempre conversa sobre saúde, que é o pediatra da filha. Esse é um caso único, mas que pode se repetir em outras situações que envolvam crianças. O pediatra poderia ser incluído no mapa do mercado simbólico, por ser uma fonte autorizada sobre temas da saúde, mas nesse caso específico foi citado como uma pessoa com quem a participante trocava informações, sendo então incluído na rede de compartilhamento.

### 4.3 Uma rede infinita

O que fiz aqui, com os mapas de compartilhamentos dos sentidos da saúde, foi uma tentativa de mostrar onde as águas desse rio que navegamos podem chegar quando as margens e barreiras são rompidas. Apenas uma olhada permitiu ver o começo de um número infinito de trajetos porque, como nos diz Eni Orlandi, na citação de abertura desse item, o dito vira coisa no mundo e, nas palavras do mineiro Carlos Drummond de Andrade, o mundo é vasto.

Os grupos eram compostos de pessoas com posições diferentes na rede de produção dos sentidos, e cada uma delas capaz de ecoar mais ou menos e de forma diferente os discursos da saúde que foram oferecidos pela mídia, cada uma compreendendo de uma forma diversa a partir de seus contextos e lugares de fala e cada uma compartilhando os sentidos que reproduziram a partir daquele inicial.

Da mesma forma que é impossível mensurar onde as águas de um rio podem chegar quando barreiras são quebradas, margens são desfeitas, é impossível desenhar onde vai alcançar essa rede de produção e compartilhamento que se reproduz infinitamente e nunca é a mesma. Acredito que outros estudos dessa

natureza podem ser realizados para fazer uma cartografia mais aprofundada e longínqua de onde um sentido inicial pode chegar e quais as mudanças que se processam nesse discurso, o que pretendi aqui foi desenhar a rede de compartilhamento dos grupos participantes do sentido da saúde, ou seja, apenas a ponta do estuário.

As mudanças que se processam nos discursos quando são consumidos e apropriados também são capazes de mudar a forma como as pessoas se relacionam, nesse caso, com a saúde.

## **5 O Estuário – Conclusão**

*“Pareceu-me de certa forma lançar uma espécie de luz sobre tudo a meu respeito... e sobre meus pensamentos. Foi bastante sombrio, também, e penoso... não extraordinário, de modo algum... e tampouco muito claro. Não, não foi muito claro. E, no entanto, pareceu lançar uma espécie de luz”.*

Este estudo lançou luz na desembocadura do rio que me propus a navegar. Como todo estuário, esse também está sujeito à força das marés, o que ocasiona mudanças do desenho geográfico, se pensarmos nos mapas que construímos, e de sentidos sobre a saúde e promoção da saúde, se pensarmos nos discursos que analisamos. A clareza produzida pela luz me permitiu chegar a algumas conclusões, que não são permanentes, que se apresentarão de forma diferente em outro contexto, se visitadas por outro analista, mantendo aberto um grande caminho para navegação.

Nesse percurso que o tempo e a estrutura do mestrado me permitiram fazer, algumas conclusões foram menos surpreendentes que outras. Dentre elas as condições de produção e a forma como a Rede Globo encara seu papel e o papel do Programa Globo Repórter na vida dos brasileiros. A literatura consultada, o material da própria emissora e a entrevista realizada corroboraram os pressupostos que já formara sobre a empresa, da qual fui funcionária durante quase seis anos. Assim, a Rede Globo acredita que trabalha no sentido de informar os brasileiros para que os mesmos exercitem a cidadania, entretanto mantém sua relação estreita com os poderes políticos tradicionais, com a defesa do livre mercado e com valores conservadores.

O discurso da promoção da saúde do GR é o que pressupõe que só não tem saúde quem não quer, que levar uma vida saudável e longa é uma escolha individual do ser humano e independe de seus contextos. Uma mulher na França, um dono de vinhedo na Itália, um taxista nordestino morador de São Paulo, um arquiteto brasileiro e uma dona de casa em Aracaju podem, em pé de igualdade, optar por comportamentos saudáveis tanto do ponto de vista da alimentação quanto da atividade física. O GR exacerba a ideia presente em algumas teorias sobre promoção da saúde focada no controle do comportamento dos indivíduos; no contraponto, não leva em consideração as demais teorias que fazem uma crítica a essa abordagem comportamental e entende a promoção da saúde também como capaz de empoderar os indivíduos e coletivos não apenas sobre como cuidar de si, mas para participar das decisões sobre saúde no ambiente em que vivem. Foi possível então traçar um paralelo com as políticas públicas de comunicação desenvolvidas pelos gestores públicos trabalham na mesma linha de culpabilização

e responsabilização dos indivíduos, apesar de conceitualmente os programas de promoção e prevenção implantados trabalharem na lógica da responsabilidade de todos, incluindo os espaços de gestão pública.

Entretanto os embates de sentido, não ocorrem apenas na apropriação pela audiência, mas também na produção. No caso do Globo Repórter, mesmo com a opção preferencial pelo discurso da biomedicina, através do cuidado médico e do aporte tecnológico, também aciona o discurso dos personagens com contextos diferenciados, o que resulta num embate de sentidos que nem a edição consegue controlar. Ao mesmo tempo em que os especialistas do campo da biomedicina acionam os seus discursos muitas vezes em defesa de uma saúde medicalizada e com forte aporte tecnológico, outros interlocutores do campo da saúde defendem uma mudança na estrutura de vida e no comportamento, ou seja, um cuidado mais voltado para a autonomia e o controle do indivíduo. Até mesmo a tentativa de silenciar o discurso das pessoas que não tem condições estruturais de mudarem o estilo de vida porque não podem mudar de emprego, moradia, alguns vezes, não é vitoriosa. Em um ou outro programa esse discurso aparece nas falas dos personagens ou nas imagens que permitem construir sentido de seu modo de viver. Mesmo o discurso do SUS, pautado na inclusão pelo direito, tão negado, criticado e silenciado consegue entrar na concorrência discursiva, apesar da forma tímida.

O discurso do Sistema Único de Saúde em seu princípio fundador – direito de todos e dever do estado, concorre com outros discursos no campo da saúde que estão mais sintonizados com as leis de mercado e a inclusão pelas condições financeiras. Apesar da alegação da emissora de que faz a opção de utilizar como fonte os serviços públicos que possam ser acessados por todos, as indicações de cuidado e tratamento, na maioria dos programas analisados, são inacessíveis para grande parte dos brasileiros.

A mediação realizada pela televisão é também construtora de sentidos, o simples fato da audiência se colocar em frente a TV para assistir ao Globo Repórter, a escolha pelo programa e não por outro, inclusive as outras atividades que a audiência faz enquanto assiste ao programa também produzem efeitos nos sentidos de saúde. O fato dos sentidos da saúde, no nosso caso, está sendo construído pela televisão, que busca sempre manter um padrão de fidedignidade e correspondência com a realidade, assim como o fato do GR percorrer diversos lugares no Brasil e no mundo para contar histórias vitoriosas de pessoas que enfrentaram seus problemas



de saúde ou mesmos suas tristezas, são modos de manter a magia da vida real na televisão e atuam como fatores de mediação entre os espectadores e a realidade. As capacidades individuais também atuam na mediação, o nível de informação faz com que algumas pessoas sejam mais suscetíveis às “lições” do programa, outras menos e até haja quem nem se proponha a assisti-lo. O fato da audiência do GR ser, prioritariamente, mulheres adultas das classes C e D constitui um tipo de mediação. Todos esses fatores não apenas atuam na construção de sentidos pela televisão como também atuam como fortalecedores na disputa que a TV enfrenta com outros concorrentes, como caracterizado no mapa do mercado simbólico.

Foi também possível concluir que a mídia ocupa um lugar central nessa concorrência discursiva pela conformação dos sentidos da saúde, principalmente a televisão e o rádio, a depender do contexto em que estão inseridos. A mídia concorre mais de perto com as instituições médicas e de saúde, mas apesar da centralidade desses discursos, muitos outros, como vimos nos mapas, concorrem com eles nesse sentido. A mídia, apesar de repetir estruturas narrativas e se basear em modelos comuns, suas várias comunidades discursivas concorrem entre si e acionam discursos distintos. As instituições médicas e de saúde que concorrem mais de perto com a mídia nas duas cidades estudadas, além de não ocuparem a mesma posição na disputa, são também mais ou menos concorrentes entre si, a depender da conjuntura de cada cidade; por exemplo, em Aracaju as instituições médicas e de saúde apresentam uma rede maior do que o Rio de Janeiro, situação que pode ser explicada pelo modelo de saúde adotado em cada um dos municípios. Portanto, o modelo de saúde local configura um relevante fator de mediação. O importante para este estudo é que essa situação reflete nos sentidos da saúde e na legitimidade do discurso dessas instituições. Os mapas que construímos mostraram que, na disputa simbólica, a mídia tem a centralidade dos discursos, mas não é hegemônica. O poder simbólico da mídia, em especial da televisão, no caso da promoção da saúde, é centralizado porque o acesso a esse discurso é mais facilitado do que ao discurso das instituições médicas, mas os participantes disseram que confiam mais nas informações dos técnicos e especialistas da saúde. E, como vimos, a mídia sabe tanto disso que tem lançado mão desse recurso, não só aumentando o número de programas tematizados na saúde, mas também convocando interlocutores de outras comunidades discursivas, como estratégia para manter sua centralidade.

Foi proposta desta pesquisa desenhar as redes de compartilhamento dos sentidos de saúde a partir dos discursos que circulam nos diferentes mercados simbólicos. Na revisão bibliográfica não foi possível encontrar nenhum outro estudo que tentasse desenhar essa rede e, pelo que foi possível averiguar, é a primeira vez que o mapa das fontes e fluxos é utilizado para analisar o movimento de interlocução dos sentidos apreendidos por um grupo de pessoas, que passam a ser percebidos como mediadores da rede de produção dos sentidos. As redes de compartilhamento desenhadas com os grupos foram menores do que as redes dos mercados simbólicos e, naquelas, em vez das comunidades discursivas, os componentes das redes foram os lugares e grupos de circulação. O ambiente familiar é o local privilegiado onde os participantes circulam os sentidos da promoção da saúde que apreendem, seguido de perto pela internet, em especial as redes sociais, que implicam na ampliação do processo de semiose *ad infinitum*. O fator legitimidade, somado ao lugar de fala também se mostrou relevante, como evidenciaram os casos de duas profissionais de imprensa, uma editora de um jornal televisivo e outra evangélica. Mesmo em posições diferentes na disputa entre eles e na disputa com as demais comunidades, os membros dos grupos utilizam do discurso da saúde para manterem ou conferirem centralidade às suas posições, ao mesmo tempo em que, sem perceberem, absorvem sentidos que corroboram o senso comum da abordagem comportamental dos sentidos da promoção da saúde.

Este estudo foi até o primeiro movimento de compartilhamento dos sentidos, mas existem inúmeras possibilidades do desenho crescer e se expandir para mares ainda não navegados, com embarcações mais ou menos robustas e outros tripulantes não convocados aqui. Cada pessoa componente de uma rede de compartilhamentos participa de outras redes, ampliando-se assim o processo de produção dos sentidos.

Marlow, *alter ego* de Joseph Conrad em sua incursão náutica ao Coração das Trevas, diz numa passagem do livro que, para saber o efeito da aventura sobre ele, é preciso saber como ele chegou lá. Procurei aqui descrever como cheguei lá, não o lugar sombrio onde Marlow encontrou o “pobre diabo”, mas na certeza de que os sentidos são mesmos produzidos em cada relação, e que nenhuma arquitetura gramatical, tecnológica e/ou tentativa totalitária de controle e manipulação é possível de presumir os caminhos a serem percorridos pelos sentidos, que sulcos vão preencher e que novos veios vão abrir. A única certeza possível é a de que a

desembocadura é vasta e sujeita à força da maré, mas sempre navegável pelos indivíduos e coletivos em relação com o outro.

## **Referências**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2009.

ARAÚJO, Inesita S. **Mercado simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas**. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da UFRJ. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. Mercado Simbólico: Um Modelo De Comunicação Para Políticas Públicas. **Interface – comunicação saúde e educação**. Botucatu, v.8, n. 14, set. 2003 – fev. 2004.

\_\_\_\_\_. **A Reconversão do Olhar**: Prática Discursiva e Produção dos Sentidos na Intervenção Social. São Leopoldo: Unisinos, 2000.

\_\_\_\_\_. Cartografia da comunicação em saúde. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE - Desafios da fragilidade da vida. **Anais**. Florianópolis: ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_. **Mediações e Poder**. Niterói, 2000. Disponível em arquivo eletrônico.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. Problemas Fundamentais do Método Sociológico na Ciência da Linguagem. São Paulo: Editor Hucitec, 1986.

BARTHES, Roland. **S/Z**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

BETTO, Frei. **Alteridade**. Disponível em: <http://www.freibetto.org/index.php/artigos/72-alteridade>. Acesso em 26 jul. 2011

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_. **A Economia das Trocas Linguísticas**: o que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília, 2007.

BRAVO, Zean. Consulta Eletrônica. O Globo, Rio de Janeiro, 12 de jun. 2011. **Revista da TV**, p. 12-13.

BRUNO, Fernanda. Dietética: A saúde na mídia. **Revista Eco-Pós**. Rio de Janeiro, v.1. nº 1, 1992.

BUSS, Paulo. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.5, v1, p.163-177, 2000.

\_\_\_\_\_. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.12, v.6, p.1575-1589, 2007.

\_\_\_\_\_; PEREGRINI FILHO, Alberto. Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17, v. 1, p. 77-93, 2007.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Antônio I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 6, p. 2305-2316, 2009.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9 (3),p. 669-678, 2004.

CASTIEL, Luiz David; GUILAM, Maria C. Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CONRAD, Joseph. **O Coração das Trevas**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

DUARTE, Jorge; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Ed. Atlas, 2009.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e Mudança Social**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2003.

FILHO, Ciro Marcondes. **Televisão**. Coleção Ponto de Apoio. São Paulo: Editora Scipione, 1984.

FOUCAULT, Michael. **A arqueologia do saber**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

HERZ, Daniel. **A história secreta da Rede Globo**. Porto Alegre: tchê!, 1987.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Pesquisa sobre nível de informação do Brasileiro sobre Câncer**. Rio de Janeiro, 2007. 1 CD-ROM.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas Tendências em Análises de Discurso**. Campinas: Pontes/UNICAMP, 1993.

NIETZSCHE, Friedrich. **Considerações Intempestivas**. Lisboa: Editora Presença, 1976.

NORA, Pierre. **Les lieux de mémoire**. Paris: Gallimard (la Republique), 1984.

SERRA, Giane M. A. **Comer com os olhos**: discursos televisivos e produção de sentidos na promoção da saúde nutricional de adolescentes. Tese de Doutorado para obtenção do grau de Doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1., nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promoção/upload/Arg/Ottawa.pdf> Acesso em 06.10.2010.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **A linguagem e seu funcionamento**: As formas do discurso. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

OROZCO GÓMEZ, Guillermo. Recpción televisiva y mediaciones: la construcción de estrategias por la audiencia. **Televidencia. Cuadernos de Comunicación**. México, n.6,,p. 69-88,1994.

\_\_\_\_\_. O telespectador frente a televisão. Uma exploração do processo de recepção televisiva. Tradução. **Comunicare**. São Paulo, v.5, nº 1, 2005.

PASTORE, José; HALLER, Archibald O. "O que Está Acontecendo com a Mobilidade Social no Brasil?", in J. Velloso e R. J. Albuquerque (orgs.), **Pobreza e Mobilidade Social**. São Paulo: Nobel, 1993.

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

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RESENDE, Ana Claudia de F. **Globo Repórter: Um Encontro Entre Cineastas E A Televisão**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Artes Visuais da Escola de Belas Artes da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005

SABOYA, Renato. **Segregação Espacial Urbana**. Disponível em: < <http://urbanidades.arq.br/2009/05/segregacao-espacial-urbana/> >. Acesso em: 30 ago. 2010.

SACRAMENTO, Igor P. **Depois Da Revolução, A Televisão – Cineastas De Esquerda No Jornalismo Televisivo Dos Anos 1970**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

SIGNATES, Luiz. **Estudo sobre o conceito de mediação**. In: VIII Encontro da Compós. Belo Horizonte: UFMG,1999.

SILVERSTONE, Roger. **Por que estudar a mídia?** São Paulo: Loyola, 2002.

THOMPSON, John B. **A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

VERÓN, Eliseo. **A produção do sentido**. São Paulo: Cultrix\USP,1980.

#### APÊNDICE A - Roteiro para entrevista

A entrevista será feita com um representante do Programa Globo Repórter da Rede Globo de Televisão. Trata-se aqui de um roteiro preliminar, já que vamos fazer uma entrevista aberta e outros aspectos importantes à pesquisa podem surgir durante a conversa.

Roteiro:

1. Por que o Programa foca muitas de suas edições nas questões da saúde ?
2. Como define quantos programas de saúde terão e com que frequência?
3. Como define os temas a serem abordados?
4. Quais são as principais fontes de informação científicas? Algum centro universitário é privilegiado ou essa relação se dá a partir da divulgação dos resultados das pesquisas e/ou da disponibilidade das fontes?
5. Como definem a abordagem?
6. Qual a principal preocupação ao tratar o tema?
7. Existe algum tabu, alguma regra, alguma ideia estabelecida para tratar ou deixar de tratar um tema?
8. O programa faz alguma pesquisa para tratar de um determinado tema? Procura saber o que a audiência quer tratar?

**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em de Saúde  
Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Mestranda: Nadja Maria Souza Araújo      Orientadora: Inesita Soares de Araújo

**Introdução**

Estamos convidando o Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada "Viver Mais e Melhor - Os Sentidos da Saúde e o Programa Globo Repórter". Vamos mapear as redes de produção dos sentidos e as de compartilhamento do Discurso da Promoção à Saúde a partir do Globo Repórter.

**Objetivos**

Queremos entender que sentido de saúde é construído pela mídia, principalmente quando trata do tema Promoção da Saúde e que uso as pessoas fazem das informações obtidas.

**Seleção dos participantes**

O Sr. (a) está sendo convidado a fazer parte nesta pesquisa porque é assistente assíduo (a) do programa, além de estar dentro da faixa etária, social e sexual do perfil de audiência do Globo Repórter.

**Voluntariedade na participação**

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. O Sr. (a) pode mudar de ideia mais tarde e deixar de participar apesar de haver concordado.

**Procedimentos**

O Sr. (a) será solicitado a:

1 - Assistir aos programas selecionados para a pesquisa

O Sr. (a) poderá fazer isso na hora e local que desejar. Nós disponibilizaremos cópias em CD. Outra opção é assistir junto conosco.

2- Grupos de debate

Fazer parte em grupo de debate com quatro pessoas moradoras de uma mesma área geográfica. O debate será moderado por mim (Nadja Araújo) e conversaremos sobre onde e com quem o Sr. (a) se informa sobre saúde. Juntos desenharemos o mapa de fontes e fluxos dos sentidos da saúde. O debate será gravado em áudio (equipamento manual e portátil) e ninguém será identificado através do nome. A informação registrada é confidencial, e ninguém mais, exceto essa pesquisadora e sua orientadora, terá acesso à gravação.



### 3- Entrevista

A resposta à entrevista é para que o Sr. (a) nos ajude a entender em quais fontes se sustenta as informações sobre saúde veiculadas no Globo Repórter, como se processa a produção das matérias e como são escolhidas as pautas para tratar dos assunto, além do porquê do interesse do Programa pelas questões da saúde. A entrevista será feita por mim (Nadja Maria Souza Araújo – pesquisadora) em local escolhido pelo Sr. (a) e será gravada em áudio (equipamento portátil).

#### **Riscos ou desconfortos**

Não desejamos causar nenhum desconforto, se o Sr (a) não se sentir à vontade para responder algumas das perguntas ou parte de informações obtidas no debate/entrevista/pesquisa é só declarar que não quer participar e/ou responder.

#### **Benefícios**

Não haverá nenhum benefício direto ao Sr(a), mas é provável que sua participação nos ajude nos objetivos dessa pesquisa.

#### **Divulgação dos resultados**

O conhecimento que obtivermos nesta pesquisa será compartilhado com o Sr. (a) antes de ser extensamente disponível ao público. Cada participante receberá um resumo dos resultados. Informo que as conclusões da pesquisa serão compartilhadas mais amplamente, por exemplo, por publicações e conferências. Não compartilharemos informações sobre o Sr. (a) para qualquer um que esteja fora do time de pesquisa.

#### **Direito de recusar ou desistir do consentimento**

O Sr. (a) não tem que fazer parte nesta pesquisa se não desejar e pode deixar de participar do (debate/entrevista) a qualquer hora que desejar.

#### **Quem Contatar**

Nadja Maria Souza Araújo

Email: nanapiau@hotmail.com ou nadja.piauitinga@gmail.com

End: Rua Payssandu 191 apto 102 - Bairro Flamengo – RJ CEP 22.210-060

Fone: 21.7166-3272

Proposta revisada e aprovada por (Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio). Se o Sr(a) deseja saber mais sobre o CEP, contate ((21) 38659710 e cep@epsjv.fiocruz.br).

#### **Certificado do consentimento**

Eu fui convidado a participar em uma pesquisa sobre a construção dos Sentidos da Saúde pela Mídia, especialmente o Globo Repórter. Eu entendo que participarei em uma discussão de grupo junto com outras pessoas da região em que resido. Eu estou consciente que não haverá nenhum benefício pessoal e que eu só serei pago

por minhas despesas de viagem.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Terapias Alternativas** - A militarização está presente no discurso do programa que traz para as pessoas a responsabilidade de “derrotar os inimigos da saúde”. Esse é um dos poucos programas dos mais de 30 em que o Sistema Único de Saúde (SUS) é citado. No caso, relatando experiências em terapias alternativas realizadas nos municípios de Campinas, Suzano e Itajaí, todos no estado de São Paulo.

**Plantas e Energia** – Parte de histórias pessoais, que é uma das características do texto jornalístico, para chegar a pesquisas realizadas em centros acadêmicos e de pesquisa, utilizando do discurso autorizado de médicos e nutricionistas respaldados não só pelos títulos que carregam, mas também pelas instituições que representam (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Campinas (UNICAMP)). Um aspecto a ser levado em consideração nessa edição foi o discurso do conhecimento popular, experiência empírica respeitada quando o assunto é plantas e chás de especiarias.

**Idosos em atividade** – O programa defendeu a ideia de que idosos saudáveis vivem mais, partindo de pesquisas realizadas pela Universidade de Brasília (UNB) com pessoas acima dos 60 anos que fazem atividade física e vivem com alegria, especialmente a capoeira. A edição foi personificada a partir de quem “aprendeu a viver melhor” e “renovou”. O discurso do médico e do professor de educação física foi privilegiado.

**Yoga** - A Yoga entrou no programa como uma possibilidade de fuga do mundo estressante. Nesse caso a voz autorizada foi do professor de Yoga que defendia a terapia como fonte de energia.

**Vinhos Uruguaios** – a pergunta central da edição era “como cuidar da saúde” e a defesa era de que o vinho tem substâncias que ajudam a prevenir doenças. Mais uma vez usa o recurso da personificação para contar histórias de relações quase mágicas com o vinho. Aparece o termo comportamento alimentício. São ouvidos nutricionistas e a universidade de referência é a PUC-RS.

**Estilo de Vida Francês** - Parte da ideia de que os franceses se movimentam muito e, portanto gastam muita energia por isso não engordam. Nessa edição o alimento é tratado como “fonte de saúde, beleza e vida longa”. O discurso autorizado está nos médicos do Laboratório de Bioquímica e Nutrição de Dijon e de uma escritora francesa que lançou um livro sobre o porquê das mulheres francesas não engordarem.

**Açaí** – Mais um dos programas baseados em pesquisas desenvolvidas pela UNB, Universidade Federal do Pará (UFPA) e INPA. Privilégio do discurso médico e dos cientistas responsáveis pela pesquisa. A ideia central foi mostrar as inúmeras propriedades do açaí e outros frutos do Norte brasileiro.

**Trigo** – Outra característica do estilo jornalístico marcante nos programas com o tema da saúde são os números. Sempre é dada a quantidade de alimento consumido, o número de obesos, de alérgicos e etc. Também presente a voz autorizada/legitimada (UNICAMP, Universidade da Califórnia, Universidade Federal do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)). Afirmação de que os consumidores estão mais preocupados com a saúde: “boa comida é comida saudável”.

**Café** – Outra característica jornalística é o fato do jornalismo ter se tornado um lugar de memória, sempre que é possível e/ou julgado necessário é feito um resgate histórico do tema, como no caso do café. O programa fala dos benefícios de

ingerir a bebida não só como fonte de energia, mas por ser um antioxidante e uma fonte de minerais. Além da opinião dos personagens e de leigos a respeito do café também houve espaço para os médicos e pesquisadores do centro de Neurociência do Labs D' OR no Rio de Janeiro e do Instituto do Coração (INCOR). Nesse foi usado o termo estudos epidemiológicos, o que é uma coisa rara porque as doenças no programa são tratadas de forma clínica e de inteira responsabilidade do paciente.

**Emagrecimento** – O programa partiu da afirmação que a ciência está preocupada com as medidas dos brasileiros. Para tanto ouviu médicos, professores de educação física, nutricionistas e psicólogos, todos localizados em Universidades como a PUC- MG, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Hospital das Clínicas da USP, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e um Grupo de Obesidade de São Paulo. Nesse programa também se falou em vínculos afetivos e em viver feliz a partir de histórias pessoais – “alto astral abre portas”. Nesse como em alguns outros, as imagens são discursos à parte.

**Fobia** - O programa tratou o medo como uma doença emocional que pode ter reflexos físicos. Pessoas ansiosas vão cinco vezes mais aos médicos, o medo atrapalha a vida das pessoas, as faz calar – foram algumas das afirmações do programa. Contou histórias de pessoas com várias fobias, inclusive as sociais. A fala autorizada foi a de psiquiatras e instituições como a UNICAMP, USP de Ribeirão Preto, HCSP.

**Sono** – A partir de várias histórias pessoais, o programa mostrou várias terapias para tratar dos transtornos do sono. O discurso autorizado foi dos médicos e pesquisadores da USP, HC, Instituto do Sono e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Apareceram as expressões “medicalizar o cotidiano” e “as coisas da vida exigem medicamentos”.

**Medicina Fitoterápica** – Nesse programa o discurso popular apareceu como forma de sabedoria por causa das plantas que curam, mas todos eles eram avalizados por médicos e cientistas legitimados pelos diplomas e pelas instituições que representam (INPA, Universidade Federal de São João Del Rey, Fiocruz, USP, Universidade Federal de Viçosa (UFV)). O cuidado clínico, médico foi enfatizado o tempo inteiro. Lançou mão de várias histórias exemplares - “plantar é uma caderneta de poupança”.

**Dor Crônica** – Trabalhou com números, histórias pessoais e voz autorizada da ciência (UNIFESP). Fez um chamado para disciplina com o cuidado a saúde – “Saúde em primeiro lugar”, sacrifícios assustadores, reeducação alimentar.

**Exercícios Físicos** – Houve mudança na narrativa porque foi mais centrada nos personagens que levaram câmeras para casa para filmarem sua rotina. O programa acompanhou quatro pessoas, uma delas o repórter, na rotina de cumprir as 14 metas para uma vida saudável e perda de peso. As avaliações e acompanhamentos eram feitos por médicos e professores de educação física, ligados a Centros Médicos e/ou de pesquisa.

**Células Tronco** – Discurso autorizado da ciência (USP, INCOR, UFRJ, USP Ribeirão Preto. UNIFESP) e cardiologistas. Algumas afirmações como “Saúde em primeiro lugar” e “Desejo legítimo de ter boa aparência” marcaram forte presença nessa edição como também a medicalização e a importância do Ato Médico. Personificação através de histórias exemplares. O texto nesse programa chegou a ser poético, utilizando recursos metafóricos – “abrir o olho e ver o mundo”, além de som e música.

**Alimentação** – Mostrou alimentos bons, baratos e saudáveis e lembrou que as pessoas devem ter cuidado com os lugares que escolhem para comer. Para tanto

lançam mão do discurso autorizado de nutricionista e de centros de excelência como a UNIFESP, UNICAM, UNB, UFRJ, o Serviço Social da Indústria (SESI) e da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA). Contou histórias exemplares de pessoas ajudando outras através da alimentação - “troca de afeto usando o alimento”, na reconstrução da cidade paulista de São Luiz do Piraitinga depois de ter sido devastada pela chuva. Como o fato, a tristeza de não ter mais cidade afeta as pessoas lhes eram dadas “porções de solidariedade”. Cortar calorias, corpo saudável, VIVER MELHOR foram os termos empregados. Também foram dadas receitas de comida e de pequenas mudanças de hábito - “nossa língua tem que se acostumar a coisas novas”.

**Alergia** – Personificação através da história de pessoas que sofrem de alergias. Apresentação de estudos e pesquisas americanos (Boston Institute). Artifício de utilização de belas imagens, uso de números como indício de verdade. Recorreram ao discurso legitimado de pneumologistas, assistentes sociais, cirurgião pediatra, e de instituições como PROAR-Universidade Federal da Bahia (UFBA), Hospital das Clínicas de Campinas, INCOR – SP. Esse é outro programa que o SUS aparece, mesmo que timidamente. Foca numa pesquisa brasileira que montou o maior banco de dados sobre alergia do mundo. “Pular de um trampolim sem saber se na piscina tem água”.

**Chás Medicinais** – Apesar do foco na fitoterapia, o discurso médico autorizado é acionado e justificado pela necessidade de utilização do recurso mais correto para cada indivíduo (Universidade do Estado de São Paulo (UNESP), UFRJ, UNITAU, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Projeto Itaipu, SUS). A voz autorizada veio, principalmente dos pesquisadores, botânico e farmacêutico que atestavam o saber popular dos moradores do Parque Nacional da Restinga. Texto e carregado de metáforas

**Hipertensão** - Utilização de narrativa poética, histórias pessoais e números. O programa já inicia apresentando qual o problema da edição. Chama as pessoas a “Levar o Risco a Sério”. Também lança mão do discurso legitimado da medicina para responsabilizar o indivíduo pela sua saúde. As informações científicas detalhadas são buscadas da UFMG, INCOR - SP, UERJ. Os pesquisadores falam em circunferência abdominal proeminente (barriga) e herança genética

**Sono** – O discurso é de um especialista em sono que explica os estágios do sono e o ronco. Utilização do código cultural através da citação do quadro a Sesta de Van Gogh e da história – “formação dos arquivos de memória”. Discurso autorizado da ciência através de pesquisadores da Universidade Federal do Paraná (UFPR), INCOR e Instituto do Sono. Utiliza o da qualidade de vida. Edição com imagens caprichadas e passagens produzidas.

**Trânsito** – Na edição o trânsito é tratado como um problema de saúde, tanto as questões de violência no trânsito quanto ao estresse causado por ele em cidades grandes, mas não relaciona esse discurso ao que vem sendo defendido há anos pelo Ministério da Saúde. Urgência, velocidade, acidente, dor/perda são as ideias força do programa. Personificação a partir de histórias exemplares. Aparecem também traços do discurso conservador e machista - “Trata como se fosse homem”.

**Osteoporose** – O mote principal da edição é “Tudo o que fazemos o comemos terá impacto em nossa saúde”. Personificação através de histórias pessoais. Prega a ideia do “Viver Muito e Viver Bem” e ensina: sentir-se útil, atividade física, bom humor, saber perdoar, comer menos, comer peixe e dormir bem. Mostra a cidade mineira que virou laboratório da terceira idade porque recebeu título de cidade amiga dos idosos. Relata o envelhecimento populacional – “hoje

vivemos mais que o dobro do que vivíamos há 20 anos” e que esse é um dos motivos da ciência estar fazendo o mapa genético da longevidade.

**Estresse** – Discurso focado em números - “132 mil enfartos poderiam ser evitados”. Recorre a voz autorizada de psicólogos e professores de educação física (HC-USP, UNIFESP). Trabalhe com uma noção ampliada de saúde presente na expressão - “a felicidade está nas pequenas coisas” e no incentivo a busca da natureza para equilibrar o coração. Fala da solidão – “nunca fomos tão sozinhos”, e de que 70% das enfermidades são causadas pelo estresse. E remete a responsabilidade para o cidadão – “as escolhas promovem o bem estar”.

**Coração** - A edição fala da importância de levar a vida numa boa para ter um coração saudável. Para tanto recorre ao discurso científico através da divulgação de pesquisas realizadas em centros de excelência (UNICAMP, INCOR, USP, UERJ). Utiliza recursos de alta tecnologia e infográficos, além de belas imagens. Trabalha com uma ideia de saúde clínica e medicalizada. Utiliza histórias exemplares para justificar seu discurso. Também está presente o discurso dos laboratórios com o incentivo ao uso de medicamentos. Aparecem as palavras repetidas em muitos programas - “é a qualidade de vida que faz a gente ficar em pé”.

**Saúde Mental e outras Doenças** – Personificação, medicalização (Rede Sarah, UFMG, PUCRS, UNIFESP, USP, UNB, Albert Einstein). Fala em disciplina (individualização) - “ficar quieto enferruja”, mais uma vez recorre a cidade mineira – laboratório do envelhecimento saudável. Fala da religiosidade como sistema de recompensa do cérebro. Utiliza um recurso comum na narrativa jornalística que é a lembrança de fatos históricos. Edição caprichada por belas imagens. Através do discurso da ciência traz a novidade da prevenção no tratamento psiquiátrico e relaciona doenças ligadas ao comportamento. Aparece mais uma vez a expressão – “Viver Mais e Melhor”. É uma edição pedagógica porque ensina, quase que como uma cartilha, a se viver bem. Analisa os termos Mal e Doença.

**ABC da Atividade Física** – Utiliza o recurso da personificação para iniciar o assunto, recorre ao discurso autorizado da academia (USP, UFV, UNESP). Apesar de falar em atividade física tem uma forte presença da medicalização. O texto é trabalhado poeticamente através da figura da metáfora.

**Saúde e Afeto** – O texto começa com uma afirmação - “somos o retrato da fragilidade” e segue contando histórias de sofrimento, tendo como fundo uma trilha sonora emotiva. Para ilustrar faz resgate de fatos históricos (memória). Mais uma vez procura afirmar através da palavra autorizada de médicos e cientistas respaldados por suas instituições (Hospital das Clínicas, PUC, UFRGS, Hospital Conceição). Utiliza os termos saúde mental e social, chama para mobilização e fala em “desconstruir imagens” e “pensamento baseado em imagens e não em linguagem – autista”. Além de como os sentimentos afetam as pessoas e que o afeto diminui doenças do coração - “apesar de ser filho adotivo” (preconceito). Conclui com uma afirmação - “o principal na vida é o amor”.

**EUA acima do peso** - Também busca o discurso autorizado da ciência (Escola de Medicina de Harvard, Fundação CADV, Secretaria de Saúde de Nova York (interessante que nas reportagens nacionais esses órgãos nunca são ouvidos), Universidade de George Washington, FDA). Fala nas doenças causadas pelo excesso de peso e o fato de acabar cobrando o preço à saúde. Usa o termo - “novos significados”. Condena a medicalização em busca da boa forma e a tentação da comida que não alimenta – “vida saudável”. Fala da luta nacional encabeçada pela primeira dama americana para acabar com a obesidade no país (diferente do Brasil).

**Cidades do Bem Viver** – MATERA, BOZANO, LEVANTO, FLORENÇA, VAL VENOSTA, GREVIQUIANTI, cidades na região da Toscana que são consideradas do bem viver, e onde nasceu o termo “cidade saudável”. Nas cidades, os personagens dizem que querem ser donas do seu tempo. Fala na alimentação mediterrânea, considerada a mais saudável. Mostra que as pessoas quase não usam carro e se movimentam de bicicleta. Menciona quais são as regras do bem viver. A repórter, num texto poético diz que “em nome de uma nova qualidade de vida o mundo começa a mudar” e que é preciso ter respeito ao tempo. Mais uma vez as políticas públicas ganham destaque, como na edição sobre os EUA, em algumas cidades italianas, existe uma secretaria de política temporal, junto com as quais, as pessoas fazem um banco de horas com o tempo que vai dedicar ao outro. Aparece o termo – “Vida Melhor e mais saudável”. A cidade mudou de mentalidade e estilo de vida e diz que em vez de construir estradas ou pontes se preocupou com a qualidade de vida.

**Mitos e Verdades sobre Sexo** - Mesma estrutura narrativa dos demais programas, parte de histórias pessoais para puxar a discussão que é sempre avaliada ou diagnosticada pelo saber clínico (ginecologista, fisioterapeuta, urologista, cirurgião, psiquiatra), esses profissionais são buscados em universidades ou hospitais ligados a universidades (UERJ, USP, UNIFESP, ABIA, UNICAMP). Tratou da homossexualidade e bullying e que as pessoas amam diferente das outras – “o coração é órgão do amor”.

**Vinho e Saúde** – A edição defende que o vinho é capaz de combater as doenças do coração, para tanto se baseia em pesquisa realizado pelo INCOR numa amostragem que reunia coelhos e humanos. Também fala de pesquisas de outros centros como a UFRJ, UFRGS e a UERJ. Utiliza imagens elaboradas e recorre a fatos históricos (memória) através do recurso do flash back. Informa que em doses ideais o vinho é remédio - “viver com paixão e beber com inteligência”.