

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE ARQUITETURA, ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

TELEVISÃO E SAÚDE:
A OBESIDADE EM DISCUSSÃO

Michelle Silva Freires

Bauru/2006
Michelle Silva Freires

TELEVISÃO E SAÚDE:
A OBESIDADE EM DISCUSSÃO

Michelle Silva Freires

Dissertação de Mestrado apresentada por **Michelle Silva Freires** ao Programa de Pós-Graduação em **Comunicação** – Área de Concentração: Comunicação Midiática, Linha de Pesquisa em Comunicação Midiática, da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – *Campus* de Bauru, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Comunicação, desenvolvida sob a orientação do Prof. Dr. Murilo César Soares.

Bauru/2006

Ficha Catalográfica

DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO

UNESP-BAURU

Freires, Michelle Silva

Televisão e Saúde: a obesidade em discussão

Bauru: [s.n.], 2006

Orientador: Prof. Dr. Murilo César Soares

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, 2006

1. Comunicação. 2. Saúde. 3. Promoção de saúde. 4. Obesidade. 5. Televisão. I – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação. II – Título.

Michelle Silva Freires

TELEVISÃO E SAÚDE: A OBESIDADE EM DISCUSSÃO

A Dissertação **Televisão e Saúde: a obesidade em discussão**, desenvolvida por **MICHELLE SILVA FREIRES**, foi submetida à Banca Examinadora como exigência para obtenção do Título de Mestre em Comunicação, junto ao **Programa de Pós-Graduação em Comunicação**, na Área de Concentração em Comunicação Midiática, Linha de Pesquisa em Comunicação Midiática, da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação – Universidade Estadual Paulista, Campus de Bauru – São Paulo.

Banca examinadora

Presidente: Prof. Dr. Murilo César Soares

Instituição: FAAC/UNESP – Bauru – S.P.

Titular: Prof. Dr. Maximiliano Martin Vicente

Instituição: FAAC/UNESP – Bauru – S.P.

Titular: Prof^a. Dr^a. Rosangela Marçolla

Instituição: UNIMAR – Marília – S.P.

Bauru, setembro de 2006

DEDICATÓRIA

Dedico este grandioso trabalho, ao meu marido Veraldo, que desde o início me incentivou, apoiou e esteve sempre ao meu lado me dando forças para continuar neste caminho. À essa pessoa tão maravilhosa, que me pôs adiante nos momentos mais difíceis, durante esta jornada, que foi quando perdi uma pessoa muito especial: meu pai - o grande responsável por eu estar buscando mais este aprendizado. À minha querida mãe que nunca me deixou desanimar. E, ao meu filho, João Pedro, que durante o curso esteve ao lado da mamãe aprendendo desde bebê a trilha de um caminho dignificante: o conhecimento. A vocês dedico mais uma vitória para o nosso futuro!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus professores do curso de Mestrado em Comunicação, à Banca Examinadora de Qualificação pelas críticas construtivas e sugestões pertinentes; aos membros da Banca de Defesa que aceitaram o convite para avaliar esta Dissertação; E, em especial, ao meu orientador professor Dr. Murilo César Soares por ter acreditado no meu potencial e pela forma profissional com que conduziu a orientação deste trabalho. A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que eu concluísse esta pesquisa. A eles, meu muito obrigado.

FREIRES, Michelle Silva. **Televisão e Saúde: a obesidade em discussão**. 2006. Dissertação (Mestrado em Comunicação). Programa de Pós-Graduação em Comunicação. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, UNESP, Bauru, setembro, 2006.

Resumo

Esta dissertação tem como objetivo analisar a comunicação e saúde na mídia televisiva. A análise é sobre o quadro: “Questão de peso”, do médico Drauzio Varella, que foi veiculado pela Rede Globo, no programa Fantástico, no período de novembro de 2004 a maio de 2005.

A série é constituída por dezessete episódios, com duração média de dez a doze minutos, onde o médico fala sobre um tema relacionado à obesidade, conta a história de vida de uma pessoa que sofre as conseqüências da doença, mostrando o dia-a-dia dela e a forma como lida com o assunto.

O tema obesidade foi escolhido por estar ganhando espaço na mídia, diariamente. Segundo pesquisa do IBGE, divulgada em setembro do ano passado, mais de 40% da população está com excesso de peso, ou seja, a pesquisa mostra que os brasileiros não estão se alimentando corretamente e, ainda, sofrendo as conseqüências da doença.

Os conceitos e a teoria utilizados como parâmetros para a análise da dissertação foram: a apresentação dos temas de saúde, o modelo de tomada de decisões, a abordagem social-cognitiva das etapas de mudança, os apelos ao medo em campanhas de promoção de saúde, e os apelos positivos em campanhas de saúde.

A partir disso, a avaliação sobre o programa nos mostrou a importância de um planejamento e de um comunicador na divulgação de mensagens de saúde.

Palavras-chave: comunicação, saúde, televisão, obesidade e promoção de saúde.

FREIRES, Michelle Silva. **Television and Health: the obesity under discussion**. 2006. Paper (Master's degree in Communication). Post graduation Program in Communication. Architecture, Art and Communication Faculty, UNESP, Bauru, September, 2006.

Summary

The objective of this paper is to analyze the communication and health on media. The analysis is about the passage: "A question of weight", by Doctor Drauzio Varella, which was on Rede Globo channel, in Fantástico programme, in November 2004 to May 2005.

The serial is made of seventeen scenes, that lasts between ten to twelve minutes, where the Doctor talks about the obesity theme, he tells a story about the life of a person who suffers from the illness, showing her/his daily routine and the way how to deal with the theme.

The theme obesity was chosen because it has been famous on media, daily. According to Ibge search, showed last September, more than 40% of the population is over weight, it means, the search shows that Brazilian people do not eat properly and suffer from obesity.

The concepts and the theory used in the analysis were: presentation of health themes, decisions model, the change topics, the fear in health promotion, and the positive side of health campaign.

Since that, the conclusion about the programme showed us the importance of a plan and a communicator to spread health messages.

Key words: communication, health, television, obesity and health promotion.

SUMÁRIO

RESUMO, 001

ABSTRACT, 002

INTRODUÇÃO, 006

CAPÍTULO I

COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 010

1. Histórico da Comunicação e saúde, 011

1.1. Carta de Ottawa: Referência internacional sobre saúde, 011

1.2. Promoção de saúde X saúde pública: a luta por um direito civil, 016

1.3. Comunicação e saúde nos meios massivos, 023

1.3.1 A promoção de saúde na mídia impressa: A conquista de novos espaços, 023

1.3.2 Saúde para os internautas, 027

1.3.3. A promoção de saúde nas ondas do rádio, 031

1.3.4. Televisão, 034

CAPÍTULO II

A OBESIDADE EM DISCUSSÃO, 037

2. Obesidade: problema de saúde pública, 038

2.1. Mídia e obesidade, 048

CAPÍTULO III

TEORIA E METODOLOGIA, 056

3. Fundamentos teóricos e evidências empíricas para a elaboração de mensagens de saúde,
057

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS EPISÓDIOS, 085

4. A efetividade da comunicação e saúde, 086

4.1. Método de observação, 088

4.2. Resultados, 091

CONSIDERAÇÕES FINAIS, 99

BIBLIOGRAFIA, 104

ANEXOS, 113

INTRODUÇÃO

“O direito à Informação, à Educação e à Comunicação são questões centrais na construção de uma sociedade plenamente democrática e assim, pressupostos fundamentais da conquista do direito à saúde. Informação, Educação, Comunicação,

Democracia e Saúde são assim partes inseparáveis de um só projeto de sociedade”.
(FIOCRUZ)

Há uma nova consciência de que saúde não é assunto privativo dos médicos, mas depende da sociedade como um todo. Na verdade, as situações potencialmente prejudiciais à saúde estão, geralmente fora do controle dos médicos, pois ocorrem no lar, no trabalho, na escola, no lazer.

A Carta de Ottawa sobre Promoção de Saúde, de 1986, expressa que as condições fundamentais para a saúde são de natureza eminentemente política ou dependem de políticas públicas: paz, moradia, educação, alimentação, educação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis e justiça social.

Em nível pessoal, cuidar da saúde é cada vez mais visto como adotar um estilo de vida saudável. Há uma tomada de consciência de que é preciso constituir uma cultura da saúde e que os meios de comunicação têm um papel nesse processo.

No entanto, os meios de comunicação difundem uma cultura contrária à saúde, com anúncios de cigarros, bebidas, velocidade, alimentos calóricos, guloseimas, etc. Os programas, nos meios eletrônicos, muitas vezes difundem formas de vida e condutas incompatíveis com a saúde ou o bem-estar, glamurizando comportamentos agressivos, velocidade, competitividade exacerbada.

Um dos fatores externos determinantes desse contexto é a falta de informação sobre saúde nos meios de comunicação midiática, nas ações públicas de saúde e o interesse comercial. A divulgação de um modelo destrutivo influencia na vida da população, principalmente a mais carente financeiramente e de informações.

Atualmente, uma parte da população acredita e espera que o Estado ofereça boas condições de higiene e saúde pública, esperam também por medidas tanto sociais quanto médicas que promovam a saúde e combatam as enfermidades e epidemias. No entanto, a qualidade de vida, hoje, não depende apenas de um médico; é importante ressaltar o papel da comunidade na formação de um estilo de vida saudável.

Há dúvidas que vão desde um assunto simples, como se proteger de doenças sexualmente transmissíveis até a prevenção de um câncer. Tudo isso relacionado a hábitos diários incorretos: descuidos na alimentação, fumo, consumo excessivo de álcool e drogas ilegais; relações sexuais desprotegidas, com risco de gravidez indesejada e infecções por DST ou AIDS; falta de atividade física, como uma simples caminhada.

Na sociedade atual, os meios de comunicação de massa selecionam, excluem e transformam aspectos da realidade, reproduzindo-a parcialmente e formando a opinião pública. Na área da saúde, os meios de comunicação podem se tornar destacados agentes da educação e promoção da saúde da população. Isso conduz à reflexão sobre a mediação da realidade exercida pelos meios de comunicação e como os temas da saúde são abordados na mídia.

Segundo pesquisa divulgada pelo IBGE (1996), a cada ano o Brasil tem 3.000.000 de novos habitantes. Da população total do país, média de 157.000.000, temos 41.000.000 que dispõem de renda e recursos para dispor de serviços de saúde particulares. O restante, mais de 100.000.000 utiliza o sistema de saúde do Estado. Estes números apontam uma estruturação da população, dos brasileiros, e as condições materiais que eles dispõem para enfrentar problemas de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, define saúde como sendo “um estado de bem-estar físico, mental e social resultante de condições de vida e trabalho”. A constituição brasileira de 1988, declara a “... ***saúde como direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de doenças e outros agravos***”. Dentro deste quadro, respaldados na Constituição Nacional, trabalham os órgãos do Estado brasileiro responsáveis pela administração do preceito constitucional de saúde.

A educação em saúde é um dos componentes e recursos fundamentais para a promoção da saúde (BICUDO-PEREIRA, PENTEADO & MARCELO, 2000). E, nesse sentido, o conceito de educação – e até mesmo de educação em saúde – vem sendo ampliado e ultrapassa os limites da escola, da maneira que os meios de comunicação passam a representar instrumentos com alto poder pedagógico para aumentar o raio de ação das práticas educativas em saúde (CARVALHO & BICUDO-PEREIRA, 1994).

Assim, cada vez mais, as áreas da saúde valem-se dos recursos da comunicação mediática como suporte para a abordagem e veiculação dos temas e ações de educação e promoção da saúde pública e/ou coletiva.

Conforme dados do “Projeto COMSALUD – A divulgação de saúde nos meios de comunicação”, uma pesquisa patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), referente aos anos de 1997 e 1999, que envolve pesquisadores de vários países da América Latina no esforço de mapear a divulgação de assuntos relacionados à saúde na mídia, o espaço dado às mensagens de saúde ainda é pequeno. De acordo com a pesquisa, somados todos os veículos, obteve-se a média de 5,90% do espaço dedicado aos temas de saúde. Os veículos que

mais dedicam espaço são as revistas (16%), seguidas pelas rádios (5,28%). Os jornais diários dedicaram 1,9% de seus espaços às mensagens de saúde. Na televisão, apenas 0,4% do tempo foi ocupado com o tema saúde.

Segundo a mesma pesquisa, mesmo quando o tema é alvo do noticiário, sua abordagem é quase sempre sob o ponto de vista negativo. Outros descritores temáticos, como tabagismo, câncer, violências e acidentes, que poderiam ser alvo de grandes campanhas, também não estão satisfatoriamente cobertos. No caso do tabagismo, por exemplo, podemos constatar que prevalecem mensagens negativas, com algumas referências à prevenção.

Neste trabalho, a pesquisa sobre comunicação e saúde gira em torno do quadro: “Questão de Peso” – transmitido pela TV Globo, durante aproximadamente cinco meses, aos domingos, no programa Fantástico, apresentado pelo médico oncologista Drauzio Varella que abordava o tema obesidade. Trata-se de um estudo sobre o papel da maior rede de TV brasileira no campo da comunicação em saúde, por meio de um de seus programas mais destacados, o que faz o objeto de pesquisa ser muito relevante pela sua grande audiência, pelo prestígio da emissora e pelo relevo de seu apresentador.

CAPÍTULO I

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

1. HISTÓRICO DA COMUNICAÇÃO E SAÚDE

1.1. CARTA DE OTTAWA: REFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE

O conceito Promoção de Saúde surge em 1986 com a primeira conferência Internacional sobre o assunto, em Ottawa, onde foi apresentada uma carta conhecida até hoje como Carta de Ottawa para promoção da saúde.

Pode-se afirmar que este conceito ganhou destaque diante da crise dos sistemas de saúde: ineficácia, ineficiência e crise de credibilidade, face à transição demográfica – epidemiológica: envelhecimento e mudança nos padrões nosológicos, medicalização, desenvolvimento tecnológico e explosão de custos e gastos.

Diante desse contexto, despontam novas concepções do processo saúde-doença-cuidado, mais globalizantes, articulando saúde e qualidade de vida, reafirmando que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante em toda esfera social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

A conferência, em que foi apresentada a Carta de Ottawa, foi uma resposta às expectativas crescentes para um movimento novo da saúde pública em todo o mundo.

O tema comunicação e saúde ganhou força a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, ocorrida em Ottawa no Canadá, em novembro de 1986, com o patrocínio conjunto do Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do Canadá, a OMS e a Associação canadense de Saúde Pública.

A Conferência reuniu mais de 200 participantes de todo o mundo a fim de discutir experiências sobre programas e políticas de promoção de saúde nos seguintes campos: criação de política pública saudável, fortalecimento dos recursos de saúde comunitária, criação de programas favoráveis para a saúde, aprendizado e reorientação dos serviços de saúde.

Pode-se, dizer que essa conferência trouxe a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

Segundo a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, a definição é clara e precisa quando diz que a promoção de saúde é o processo de permitir às pessoas aumentarem o controle da própria saúde.

A carta, ainda, sugere que para alcançar um estado do bem-estar físico, mental e social completo, o indivíduo ou o grupo devem poder identificar e realizar aspirações, satisfazer as necessidades, e mudá-las.

Na carta de Ottawa é destacado outro item importante na promoção da saúde que é o de construir uma política pública saudável, colocando-a nas agendas dos responsáveis por políticas em todos os setores e todos os níveis, dirigindo-os a estarem cientes das consequências de saúde, de suas decisões e a aceitarem suas responsabilidades na saúde.

Outro ponto destacado é a reorientação dos serviços de saúde, enfatizando que indivíduos,

grupos da comunidade, profissionais de saúde, instituições do serviço de saúde e governos devem trabalhar juntos para um sistema de prevenção à saúde. Reorientar os serviços de saúde também requer uma atenção mais forte à pesquisa em saúde, bem como mudanças na educação e treinamento de profissionais. Isso deve levar a mudança de atitude e organização dos serviços de saúde para que refocalize as necessidades totais do indivíduo como pessoa total.

Diante disso, é possível identificar uma nova consciência de saúde. Na verdade, as situações prejudiciais à saúde estão, geralmente, fora do controle dos médicos, pois ocorrem no lar, no trabalho, na escola, no lazer. E, como expressa a Carta de Ottawa, as condições fundamentais para a saúde são de natureza política ou dependem das políticas públicas: paz, moradia, educação, alimentação, educação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A promoção de saúde é o processo de permitir às pessoas aumentarem o controle e de melhorar sua saúde. Para atingir um estado do bem-estar físico, mental e social o indivíduo ou o grupo devem poder identificar e realizar aspirações, satisfazer as necessidades, e mudá-las ou lidar com o ambiente. A saúde é vista como um recurso para a vida diária; é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como a capacidade física. Conseqüentemente, a promoção da saúde vai além dos estilos de vida saudáveis ao bem-estar não se restringindo apenas a responsabilidade ao setor da saúde.

Foi a partir desta conferência que surgiram outras, internacionais, estabelecendo consensos a respeito da promoção de Saúde na tentativa de articular movimentos de transformação das políticas de saúde surgidos em países desenvolvidos. A partir disso, produziram as declarações:

- Declaração de Adelaide, na Austrália, em 1988, que tratou das políticas públicas saudáveis.
- Declaração de Sundsvall, 1991, Suécia, que teve como tema central: Ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável à qualidade de vida.

- Declaração de Bogotá, na Colômbia, em 1992, tratou das linhas de promoção da saúde adequadas às realidades dos países em desenvolvimento, definindo assim a promoção de Saúde:

“A promoção de saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mutua entre saúde e desenvolvimento. A Região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção de saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento” (in PITTA, 2001).

- E, a Declaração de Jacarta, na Indonésia, em 1997, sobre a promoção da saúde no século 21 em diante, em que considera que a promoção de saúde, efetua-se “pelo e com” o povo e não “sobre e para” o povo. Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para “influenciar os determinantes da saúde”. A Carta aponta, além da integração da economia global, dos mercados financeiros e do comércio, a necessidade de acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, fazendo a crítica à degradação ambiental em função ao uso irresponsável dos recursos ambientais.

É importante destacar que os referidos encontros contribuíram para a disseminação da questão promoção de saúde tanto nos países desenvolvidos quanto nos países do terceiro mundo. Pode-se dizer que todos os encontros, após a carta de Ottawa, mantiveram a essência da mesma no que diz respeito ao conceito de saúde.

Para Beltrán, a política de promoção de saúde formulada pelo acordo internacional de 1986 (carta de

Ottawa) é a mais completa de todas já formulada e que propõe três reflexões: “(1) *que la salud pública concierne a toda a la sociedad y que el Estado está obligado a velar por ella*; (2) *que las condiciones sociales y economicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y que esas relaciones deben someterse a la investigación científica*, y (3) *que, en consecuencia, deben adoptarse medidas tanto sociales como médicas para promover la salud y combatir la enfermedad*”. (BELTRÁN, 2000).

Um fator importante que devemos enfatizar é o uso da comunicação como estratégia na área da saúde, ou seja, como aplicar as definições na área juntamente com os profissionais de saúde e a população.

O uso da comunicação como estratégia na área da saúde pode garantir à população a adoção de um estilo de vida saudável, através de dicas, informações precisas e orientações sobre o assunto. Para que isso ocorra, é necessário haver uma tomada de consciência de que é preciso constituir uma cultura da saúde e que os meios de comunicação devem um papel nesse processo.

Exemplo disso, é a atuação da mídia que presenciamos, diariamente, em que podemos constatar e afirmar que os meios de comunicação de massa influenciam na conduta das pessoas. E, se esses meios implantassem ou mesmo divulgassem modelos de comportamento saudáveis poderiam colaborar para melhorar o quadro atual.

Informações sobre como adotar um estilo de vida saudável evitariam sofrimento humano e poupariam recursos no futuro. Na medida em que os tratamentos de saúde continuam a encarecer, a saída se volta à prevenção e promoção de saúde.

1.2. PROMOÇÃO DE SAÚDE X SAÚDE PÚBLICA: A LUTA POR UM DIREITO CIVIL

As conferências internacionais: Declaração de Adelaide (Austrália), em 1988; Declaração de

Sundsvall (Suécia), 1991; Declaração de Bogotá (Colômbia), 1992, e a Declaração de Jacarta (Indonésia), 1997, estabeleceram consensos a respeito da Promoção da Saúde. Os marcos apontados da promoção da saúde e a tentativa de articulá-los aos movimentos de transformação das políticas de saúde surgidos em países desenvolvidos estabeleceram pontes de aproximação à realidade brasileira.

Para Pitta (1995), desde a criação do departamento nacional de saúde, em 1920, registra-se a adoção de técnicas de propaganda, no âmbito das instituições governamentais de saúde. As estratégias de intervenção nesse contexto – pretendiam explicar o surgimento, a disseminação de doenças e as formas de fazer frente a elas: a epidemiologia passa a se ocupar das doenças de massa a serem controladas através de um modelo de intervenção centralizado e coerente com as explicações do processo de determinação da doença, que se desenham do final do século XIX ao início do século XX.

Segundo Mendes (1993), na década de 70, o modelo assistencial vigente era centrado exclusivamente na assistência médica e no hospital. Podemos destacar que com o esgotamento do sanitarismo campanhista nos anos 60 e o processo de hegemonização do modelo médico - assistencialista durante a década de 70, as ações de saúde pública tradicionais passam a ser exercidas pelas secretarias Estaduais de Saúde, encarregadas de oferecer assistência médica simplificada às populações rurais e das periferias urbanas. É a doutrina dos cuidados primários, reinterpretada no Brasil como estratégia de atenção seletiva, via focalização de recursos à população de baixa renda.

Para Fausto Neto (1992), nesse contexto, a saúde passa a ser regularmente oferecida à população brasileira através de um complexo “ecossistema” discursivo ou matriz significativa, onde uma infinidade de discursos sociais se entrelaça como destacamos:

- instituições governamentais buscando “modelar” comportamentos de indivíduos ou grupos de risco;
- serviços públicos de saúde mais visíveis pelos seus problemas – “desvios” – do que pela sua importância social em garantir atenção à saúde, com base no princípio da integralidade da atenção;

- planos de saúde, outros serviços médicos privados, serviços de diagnóstico de alta complexidade, e medicina especializada com investimentos maciços em publicidade e outros espaços da mídia;
- produtos alimentícios industrializados, bebidas e cigarros, carros velozes, violência contrastando com campanhas educativas e estratégias de divulgação de diferentes setores governamentais sobre hábitos alimentares saudáveis, riscos do uso do tabaco e ingestão de bebida alcoólica, uso de cinto de segurança;
- maior visibilidade de algumas doenças (como AIDS) em contraste com a invisibilidade dos chamados problemas do “subdesenvolvimento” (como Chagas, malária, falta de saneamento básico, problemas relacionados com a poluição, etc.).

Já nos anos 80, entram em cena práticas institucionais, baseadas na relação entre serviços de assistência médica e usuários. Com o Ministério da Previdência e assistência social (Inamps) erigido como lugar de articulação do processo de integração Ministério da Saúde – Inamps, objetivando a implementação do sistema único descentralizado de saúde (SUDS), com as necessidades impostas pela institucionalização de mecanismos de gestão colegiada dos recursos para a saúde e pela crescente participação da população no processo de tomada de decisões no âmbito da gestão dos serviços, os sistemas de informações em saúde passam a ser mais fortemente demandados como instrumentos de gerência das Ações Integradas de Saúde (AIS) (MORAES, 1994).

Emerge nesse contexto, a noção de saúde como direito civil, o que desmedicaliza e politiza a questão do acesso à saúde e, conseqüentemente, as discussões sobre práticas de comunicação setoriais.

Segundo François Laplantine, *“um dos principais valores, na verdade, o valor supremo característico da cultura ocidental contemporânea é certamente a saúde, considerado como ausência total da doença”*. (LAPLANTINE, 1991:120).

“A doença é franca e explicitamente social, estando associada à educação, à política e à

cultura”. (LAPLANTINE, 1991:72).

Para Brosque (2005), a saúde é um direito sem o qual é impossível exercer os outros direitos assegurados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, com o direito primordial à vida, à liberdade e à segurança pessoal (artigo 3), à família (artigo 16), ao trabalho (artigo 23), ao repouso e ao lazer (artigo 24), à educação (artigo 26) e à vida cultural (artigo 27).

Os conceitos se reafirmam com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 que apontou como um dos pressupostos do direito à Saúde, “educação e informação plenas, participação, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão...” (ANAIS DA VIII Conferência Nacional de saúde de 1986, pp 386).

Segundo Ferreira (2005), na década de 80, a área da saúde também sofre transformações. Resultantes de um estilo de vida urbanizado e industrializado, novas doenças como as crônico-degenerativas surgem, e doenças do século passado reaparecem, como Dengue e Febre Amarela. Esta situação passa a exigir novas estratégias de comunicação em saúde. As instituições governamentais utilizam-se mais uma vez da mídia para transmitir suas mensagens, tendo, dessa vez, que se dirigir aos segmentos da sociedade atingidos pelos novos e reemergentes agravos.

Em 1988, tivemos a promulgação da nova Constituição Federal com amplas características de promoção de saúde com a aprovação de dispositivos constitucionais que estabelecem “meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e T.V...”, bem como da “propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, cap. V, art. 220)

Já no início dos anos 90, é aprovado o código de defesa do consumidor, Lei 8078/90, com dispositivos que passam a permitir o controle, pela sociedade, da propaganda enganosa, da discriminação, da incitação a violência, exploração do medo e da superstição, do desrespeito, do julgamento e experiência da criança, do desrespeito aos valores ambientais, da indução do consumidor

a comportamentos prejudiciais ou perigosos à saúde e segurança. O acesso a dados fáticos, técnicos e científicos de sustentação às mensagens sobre produtos ou serviços passa a ser obrigatório, abrindo-se espaços para ações de natureza jurídica.

Em 1990 é criado o SUS, a Lei do SUS (8.080 e 8.142) enfatiza no artigo 196:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (art. 2º): “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços sociais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Ainda na década de 90, ocorrem alguns fatos relevantes para a área da saúde:

- Organização dos Conselhos de Saúde em todos os níveis: controle social formal; composição paritária Estado/ Sociedade Civil; representação inter-setorial.
- 1992 - Cúpula da Terra/ Rio 92: Agenda 21
- 1995 - Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, após a Conferência Pan-americana sobre o mesmo tema. E, Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa de Saúde da Família.
- 1998 – Acordo ENSP/FIOCRUZ – ABRASCO – CPHA/CIDA: A Saúde da Família constitui uma estratégia para a organização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de

atenção à saúde no SUS. Procura-se o fortalecimento da atenção por meio da ampliação do acesso, a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na Promoção da Saúde.

Enfim, inicia-se o processo de construção de um novo paradigma para o campo da atenção à saúde, incorporando, a comunicação. Esta atua como uma ferramenta para o SUS compreender quem é e como se constitui a população que mais necessita do serviço – aqueles que vivem em regiões perigosas, os que não podem satisfazer suas necessidades básicas e carecem de amenidades, os que ocupam postos de trabalho estressantes e não gratificantes, quando empregados, e os que estão isolados das fontes de informação e de estímulo.

Na realidade brasileira, mesmo com as Normas Operacionais Básicas do SUS, pode-se afirmar que ainda há uma centralização dentro do próprio setor de saúde, na tentativa de organização dos serviços e adequação dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema (PITTA, 1995). Entretanto, conforme Pitta, “por mais que busquem se ajustar às necessidades de seus públicos, os indícios de ineficácia das campanhas institucionais são, assim, bastante sugestivos” (PITTA, 1995, p.242).

Só como exemplo, podemos citar a campanha realizada pelo Ministério da Saúde no início dos anos 90, cujos efeitos foram imediatos. A mensagem pedia à população que fosse ao posto de saúde mais próximo, consultar um oftalmologista. Milhares de pessoas em todo o país, atendendo ao conteúdo da mensagem, se dirigiram as unidades de saúde, mas infelizmente não encontraram nenhum oftalmologista para atendê-las. Portanto, o Ministério da Saúde tem feito investimentos volumosos em agências publicitárias que desconhecem também a realidade no país. (BORTOLIERO, 2000)

De acordo com Fausto Neto, embora sejam feitos esforços na tentativa de convencer a população do perigo que estão correndo e da necessidade de adotar modificações nas práticas sexuais, os índices mostram o avanço, por exemplo, da AIDS. “Não obstante a bateria mediática, resta uma grande inquietude sem mudança previsível dos comportamentos de prevenção” (FAUSTO NETO, 1997, p 142).

Rizzo (2003) afirma que emitir uma informação não significa sempre obter um resultado útil para a promoção de saúde e indaga até que ponto os objetivos dessas ações de comunicação estão

sendo atingidos. Para ela, a mídia tem um papel decisivo na formação e na construção das representações sociais sobre a saúde. Porém, a grande questão para Rizzo é entender como, quando e por que estas informações transformam-se em representações que efetivamente vão alterar o cotidiano das pessoas.

Segundo Bortoliero (2000), é necessário que profissionais de comunicação que atuam diretamente com saúde na mídia nacional reflitam sobre a necessidade de mudanças na postura diária no trato da informação em saúde, priorizando atitudes saudáveis na relação com o especialista e nos processos de produção de programas para TV e rádio, seja em emissoras de caráter público ou privado e na imprensa.

Para ela, desde o início da década de 80, a cobertura da mídia tem focalizado mais as vítimas do descaso do setor público de saúde. As estatísticas do chamado “caos da saúde” (assim também propagado pelos veículos de comunicação) revelam fatos da realidade brasileira, que apontam surtos de doenças epidêmicas como é o caso da dengue. Apesar de os dados não estarem distribuídos de modo igualitário entre as regiões do país, há diferenças nos índices de mortalidade infantil entre as principais capitais, somando-se às desigualdades quanto à renda familiar e a esperança de vida ao nascer, além da probabilidade de morte antes de completar um ano de vida.

O noticiário nacional denuncia com frequência o “caos” no sistema de saúde pública, a volta de doenças endêmicas, o descaso das autoridades, as mortes de pacientes durante o tratamento de hemodiálise em Caruaru, a morte de idosos em clínicas do Rio de Janeiro, as cenas de corredores dos pronto-socorros lotados em cidades de grande porte, etc. Além do telejornalismo, que usa o discurso com ênfase nas denúncias sobre os hospitais, principalmente os públicos, há outros programas na TV que visam a espetacularização da doença, em detrimento de informações que possam cobrar maiores investimentos no campo da prevenção e do tratamento de doenças.

Bortoliero (2000) afirma que enquanto há uma hegemonia na busca pela denúncia na área da

saúde pela mídia nacional, principalmente as TVs não investem em programas de saúde e as campanhas veiculadas destinam-se a informar somente nos momentos de surtos epidêmicos. A informação passa a ser um “espetáculo” produzido por profissionais da imprensa que não refletem sua ação diária.

“Maior acesso as informações é um direito constitucional e uma necessidade do cidadão na luta contra fatores externos como a pobreza e a má distribuição de riqueza, que fora do sistema de saúde, são os principais responsáveis pelo “caos”.” (BORTOLIERO, 2000)

1.3. COMUNICAÇÃO E SAÚDE NOS MEIOS MASSIVOS

1.3.1 A PROMOÇÃO DE SAÚDE NA MÍDIA IMPRESSA: A CONQUISTA DE NOVOS ESPAÇOS

O tema de saúde, além de envolver as agências e órgãos governamentais também pode ser examinado em relação aos meios de comunicação comerciais.

Em relação às revistas podemos afirmar que, nos últimos três anos os espaços reservados para saúde vêm crescendo. No início, quando se começou a falar de saúde e a valorizar sua importância só encontrávamos assuntos relacionados à comunicação e saúde em títulos específicos. Hoje, já encontramos até, pelo menor espaço cedido, assuntos de interesse da massa relacionados ao tema em questão.

É importante destacar que a maioria das reportagens divulgadas por este veículo de comunicação de massa está relacionada ao tema emagrecimento e suas vertentes. A maior parte da população busca informações sobre dietas, nutrição, regimes, tudo para atender a exigência dos padrões

de beleza.

Há um conjunto de publicações voltado às mulheres sejam solteiras, separadas ou mães preocupadas com o bem-estar dos filhos, marido, família etc. Assuntos de saúde, comportamento e consumo são encontrados em revistas femininas de moda e atualidades como: Cláudia, capricho, Elle, Nova, Criativa, Marie Claire, Desfile, entre outras. Há, ainda, revistas de saúde infantil: Revista Crescer, Revista Mãe, Você e seu Filho, Revista Meu Nenê e Revista Pais e Filhos. Por fim, há as revistas de saúde, propriamente, como Corpo a Corpo, Dieta Já e Saúde é Vital.

Além dos exemplares vendidos nas bancas de jornal ou entregues em domicílio, como é o caso dos assinantes, as revistas oferecem a opção de acessar via Internet os assuntos discutidos no mês. Em alguns casos, há a opção do leitor acessar o site da revista para saber mais informações sobre determinado assunto e, ainda, existe a opção de bate-papo com especialistas da área de saúde sobre dúvidas e esclarecimentos sobre determinado tema.

É importante ressaltar uma das revistas dirigida ao público leigo e vendida em bancas, de distribuição nacional, exclusivamente dedicada à saúde. Trata-se de “Saúde é Vital”, publicação mensal da editora Abril, que está no mercado há mais de 20 anos. Refere-se a uma publicação muito bem produzida visualmente, atraente, com muito espaço para fotos e ilustrações. Porém, observamos que mesmo as matérias principais são curtas, com uma média de quatro páginas, das quais a metade é tomada por ilustrações. Além das reportagens principais, há uma quantidade de pequenas notas sobre produtos saudáveis, alimentação, novidades nos tratamentos e exames, medicina, família, cuidados com o corpo, beleza que, ao mesmo tempo são de fácil leitura e muito superficiais. A abordagem de cunho terapêutico predomina, com enfoques em doenças, tratamentos e remédios, inclusive com sugestões de fitoterápicos. Independentemente desses problemas, uma característica muito interessante da revista, como dissemos, é remeter o leitor para o site da publicação, no qual se encontram mais informações sobre os assuntos, dando visibilidade à Internet.

Conforme dados do Projeto COMSALUD (2000) – a divulgação de saúde nos meios de comunicação, a mais recente pesquisa patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), que envolve pesquisadores de vários países da América Latina no esforço de, entre outros, mapear a divulgação de assuntos relacionados à saúde na mídia – o espaço dado às mensagens de saúde ainda é pequeno. Somados todos os veículos, obteve-se a média de 5,90% do espaço dedicado aos temas de saúde. O veículo que mais dedica espaço são as revistas (16%), enquanto os jornais diários dedicaram 1,9% de seus espaços às mensagens de saúde. (www.ibope.com.br – acesso em 12.03.06)

De acordo com o levantamento que a ANDI (2003) – Agência de Notícias dos Direitos da Infância – realizou, a cobertura da mídia sobre Saúde da Criança não focaliza fatores de risco para doenças. Questões de prevenção, promoção e proteção só são abordadas em 41,55% do material noticioso pesquisado, sendo que os cuidados básicos aparecem em 1% das matérias, a alimentação em 2% e o câncer infantil em 1,5% das matérias, o que evidencia, de acordo com os pesquisadores da ANDI, o pouco espaço nos jornais para matérias relacionadas à promoção de saúde. A tendência é comprovada pelo baixo percentual de reportagens com a óptica de serviço, sendo que apenas 16,41% do material incluem dicas para os leitores de como se aprofundar no tema ou a que serviços recorrer, embora 79,8% dos textos pudessem comportar esse tipo de informação.

Segundo Soares (2002), na pesquisa “A temática de saúde nos meios massivos”, o assunto saúde ainda engatinha nos meios de comunicação massivos brasileiros. A saúde só é um pouco mais freqüente no jornalismo diário e semanal, embora dando preferência a pautas sobre medicina, enquanto jornalismo informativo. A pesquisa analisou o conteúdo das matérias de saúde em dois jornais de maior circulação na cidade de São Paulo: *Folha de S. Paulo* e *O Estado de S. Paulo*, observando a predominância, em ambos os diários, das matérias sobre doenças e tratamentos. Em segundo lugar, no jornal *FSP* está a qualidade de vida e em terceiro a prevenção. Já o jornal *OESP* enfoca em segundo

lugar a prevenção e em terceiro a promoção de saúde.

Segundo Costa (1994), a hierarquização dos fatos que são transformados em notícia e dos que são excluídos parece corresponder às tendências de transformação do fato jornalístico em fenômeno a partir da exploração daquilo que possui de anormal, de ameaçador à vida ou à integridade física das pessoas ou de dramático. Aqui, fica clara a tendência e preferência pela cobertura, produção e veiculação de notícias de fatos negativos, de caráter contingencial, impactual e sensacionalista – por vezes sem importância histórica – em detrimento da cobertura de temas relacionados à educação e de interesse social.

BUENO (2001) critica os condicionamentos do noticiário sobre saúde pela intenção da fonte, sejam indústrias farmacêuticas, centros de pesquisa, universidades, hospitais, laboratórios, empresas de seguro, interessados em divulgar seus conhecimentos, resultados, produtos, etc. Para ele, o capital está tornando cada vez mais tênues os limites entre marketing e ciência, comprometendo a qualidade das informações, contando com a adesão, às vezes ingênua dos veículos e jornalistas. Como estes não dispõem de meios de checagem dos *realeses*, podem acabar alardeando novas descobertas fictícias, induzindo os leitores e ouvintes a buscarem tratamentos de forma equivocada. O autor ressalta a importância do trabalho crítico dos profissionais que redigem as matérias, dizendo que a fonte é muito importante e a checagem de informações é fundamental para que os comunicadores da saúde não se tornem meros porta-vozes de grupo interessados. (BUENO, apud SOARES, 2002)

1.3.2. SAÚDE PARA OS INTERNAUTAS

Apesar de existir há mais de 15 anos, o programa World Wide Web – ou melhor, o domínio

WWW como o conhecemos, só foi liberado aqui no Brasil para uso comercial em 1995.

Um levantamento realizado pelo Ibope eRatings mostrou que o número de internautas brasileiros cresceu mais de 50 % entre os anos de 2000 e 2002. Apesar de o Ibope contabilizar naquela época 7,68 milhões de usuários ativos em residências, o total de pessoas com acesso à Internet a partir de casa era estimado em 14 milhões, segundo Alexandre Sanches Magalhães, analista de Internet do Ibope eRatings.com, resultado da soma do número total de moradores de uma residência, sejam eles usuários esporádicos ou freqüentes da web. Mas o número total de internautas brasileiros, somando os que acessam a rede de casa, do trabalho, da biblioteca ou da residência de amigos, poderia chegar a 22,1 milhões de usuários. (SOARES, 2002)

Pesquisas na área apontam um crescimento contínuo dos internautas. Numa última consulta aos dados fornecidos pelo Ibope, neste ano de 2006, a Internet residencial brasileira teve 12,2 milhões de usuários ativos em dezembro de 2005, sendo 12,4% mais do que em dezembro de 2004. Cada um desses usuários navegou por 17 horas e 59 minutos no período, 34% mais do que às 13 horas e 34 minutos verificadas no último mês de 2004 e cinco minutos mais do que no mês de novembro de 2005.

O Brasil continua liderando o ranking de tempo e uso da Internet entre os onze países medidos, que inclui, além de nosso país, Estados Unidos, Japão, Austrália, França, Alemanha, Itália, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido. Segundo o Comitê Gestor da Internet no Brasil, em dezembro, o número de domínios.br chegou a 858.596 contra 850.228 em novembro. (IBOPE, 2006)

Dados da pesquisa Ibope mostram, ainda, que na comparação anual, em termos de número de usuários, todas as categorias apresentaram crescimento. Os maiores aumentos percentuais foram: viagens e turismo (93%), casa e beleza (67%), família e estilo de vida (48%).

As pesquisas sobre comunicação em saúde e campanhas públicas relacionadas ao mesmo assunto têm crescido em importância na agenda pública. A internet renovou as perspectivas para a comunicação em saúde. A rede de computadores, por ser acessada individualmente, pode responder a

dúvidas específicas, oferecendo a informação com o grau de profundidade que o usuário procura.

Estudos na área mostram que, nos Estados Unidos há uma tendência de os sites de saúde crescerem em número muito mais rapidamente do que o uso geral da Internet. Quanto ao uso dessas informações, um estudo do Cyber-Dialogue/Internet Health Day, realizado em 1998, revelou que cerca de 50% dos usuários buscaram informação sobre doenças; um terço buscou informação sobre dieta e nutrição, produtos farmacêuticos e forma física; cerca de 20% procuraram informação sobre saúde de crianças. (SOARES, 2003).

A Fundação Health on Net – HON – em um estudo realizado em 1998, revelou que nas buscas por temas de saúde o número de usuários do sexo feminino superou os do sexo masculino. A área de saúde é uma das poucas em que o número de usuários do sexo feminino é dominante.

No Brasil, Macedo (in GUIMARÃES, 2001) realizou, em 1997, uma investigação com 241 usuários cadastrados da revista eletrônica *Saúde e Vida on Line*, mantida pelo Núcleo de Informática Biomédica da Unicamp e integrante do Hospital Virtual Brasileiro. Quarenta e oito por cento dos leitores eram profissionais da área de saúde. A pesquisa revelou que a revista era consultada semanalmente por 57% dos leitores, sendo que 97% deles costumavam se informar sobre saúde regularmente (em especial os profissionais da área). A Internet foi mencionada como a principal fonte de informação em saúde por 90% dos leitores, pois aumenta as oportunidades para levantar informações para necessidades específicas ou características de indivíduos ou grupos de usuários combinando texto, áudio e imagem. E, permite aos usuários permanecerem anônimos ao obterem informações, ampliando assim o acesso à informação.

Mittman e Cain (in RICE, 2001) indicam algumas características da Internet que a tornam particularmente propícia para atender às necessidades dos usuários e organizações de cuidados de saúde: baixo custo, facilidade de uso, democratização, longa distância e funcionalidade crescente.

De acordo com os autores, a Internet é um meio de comunicação absolutamente singular e

extremamente poderoso em comparação com os meios convencionais. É, hoje, um veículo com recursos para gerar interesse visual, pelo uso da cor, da variedade de fontes, fotos, grafismos, movimento (filmes e animações), num ambiente sonoro e interativo. São condições propícias ao planejamento e produção de mensagens atraentes, com fortes atrativos gráficos.

Este meio de comunicação de massa (a Internet) se tornou um veículo tanto de ações do governo, como de ONGS, de profissionais de saúde, de voluntários e de empresas, instaurando um meio único de compartilhamento de informações, ou seja, o acervo da rede é construído coletivamente por milhões de colaboradores, pessoas e organizações, que, em princípio, estão em pé de igualdade na sua colaboração. (ASPDEN E KATZ, in RICE, 2001)

Um fator importante a destacar é que as pesquisas não revelam a busca de informações sobre vida saudável, que envolve prevenção e promoção de saúde. O usuário de Internet em saúde procura, basicamente, informações médicas, como caracterização e prognósticos de doenças e tratamentos. Ou seja, muitas vezes dizemos saúde, mas estamos falando de medicina.

Na maioria das vezes, as consultas aos sites de saúde, são feitas por mulheres preocupadas com a família, que buscam por informações de doenças já diagnosticadas pelo médico. Em outros casos, as consultas buscam por caracterização de doenças baseadas em sintomas de saúde que alguém da família ou de convívio mais próximo apresenta.

Em relação à proposta deste trabalho, vale ressaltar que o fato de Drauzio Varella oferecer a opção de colocar à disposição dos internautas o conteúdo dos seus programas de televisão na Internet, mostrou-se uma ação bastante positiva, já que este meio vem sendo cada vez mais procurado como fonte de pesquisa. Dados publicados recentemente indicam que há 498 milhões de usuários de Internet, em todo o mundo, com acesso à rede, em casa. (<http://mmonline.com.br>, acesso em 12.03.06)

Sabbatini (2000) ressaltava as vantagens da rede mundial de computadores como ferramenta de pesquisa em saúde:

“Na Internet, cerca de 60% dos usuários usam a rede para procurar regularmente informações sobre saúde. Aliás, a Internet é uma verdadeira revolução nesse sentido. Uma TV ou rádio oferecem (quando oferecem) programas em horas e datas determinadas, e o usuário não pode selecionar o tema. Na Internet, a informação é abundantíssima, e pode ser acessada por demanda. (...) Outro grande diferencial da Internet é a sua interatividade, ou seja, as pessoas podem dialogar através desse meio, como o fazem através do telefone, mas com várias vantagens adicionais. Isso permite individualizar a experiência de aprendizado de informações em saúde”. (Sabbatini, 2000)

1.3.3. A PROMOÇÃO DE SAÚDE NAS ONDAS DO RÁDIO

No Brasil, destaca-se o projeto *Saúde no Ar*, iniciativa do Ministério da Saúde, através da Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, realizado em convênio com a Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília (Del Bianco, apud SOARES, 2000). Os programas, voltados a comunidades carentes, foram distribuídos em fita cassete e veiculados entre 1994-95, por 156 emissoras de rádio AM e 120 serviços de alto-falante do Nordeste brasileiro.

O projeto mostrava um programa dinâmico, com excelente qualidade técnica, apoiado num formato ágil e utilizando as possibilidades expressivas do rádio, através de dramatização, entrevistas com profissionais e com a população. E, ainda, estabeleceu os seguintes critérios para produção das mensagens:

- Basear-se em situações do cotidiano;
- Evitar o caráter normativo, imperativo, buscando a mudança de comportamento pelo diálogo e

pela reflexão;

- Capacitar a população para a análise de seus problemas, em termos de causas e conseqüências;
- Adotar um enfoque educativo que levasse em conta o universo cultural da população;
- Evitar formulações teóricas, termos incompreensíveis;
- Estimular a participação nos conselhos municipais de saúde;
- Apresentar os meios e ações para se prevenir contra as doenças.

Os programas tinham 15 minutos de duração, no formato de revista, sendo apresentados por dois locutores, combinando elementos informativos, dramáticos e musicais, de modo a torná-los amenos e agradáveis.

O público-alvo definido foram mulheres de baixa renda, em idade reprodutiva e donas-de-casa, pois tradicionalmente é a mulher que cuida dos filhos e os educa principalmente na região nordestina.

“A mulher é o alvo preferencial por estar mais disposta a receber e aceitar informações que vão contribuir para a melhoria da qualidade de vida de sua família. Ela é, ainda, o agente transformador da realidade cotidiana, no nível doméstico”. (Del Bianco, p.27)

Uma outra iniciativa que é importante destacar é o Projeto “Plantão Saúde”, programa semanal, criado em 1999, produzido e distribuído a 580 emissoras de todo o país pela Oboré, com o patrocínio de laboratório farmacêutico. O projeto tem como um dos objetivos integrar emissoras num trabalho em comum.

Em Bauru, na área de comunicação e saúde, produzimos entre os anos de 1999/2000, a série

Viva Melhor –transmitida pela Rádio Unesp FM – uma emissora universitária, mantida pela UNESP, podendo ser sintonizada em Bauru e nas cidades vizinhas (Agudos, Lençóis Paulista, Pederneiras, Itápolis, Jaú entre outras). (SOARES e FREIRES, 2000). A rádio tem uma boa audiência geral, com uma concentração nos bairros de classe média, onde aparece em segundo lugar. Em pesquisa realizada em abril de 2000 em dez bairros da cidade, 23,4% dos entrevistados disseram ouvir a Rádio Unesp todos os dias, viabilizando e justificando projetos de comunicação de massa com objetivos sociais.

A criação de “*Viva Melhor*” confrontava, primeiramente com o fato de haver, no campus da Unesp em Bauru, milhares de estudantes jovens, morando fora de casa, longe da família, numa fase da vida em que se defronta com uma série de situações potencialmente perigosas à saúde. Algumas dessas situações foram observadas por pesquisadores como na Universidade de Alberta, no Canadá (Hancock, apud SOARES e FREIRES, 2000). As mais importantes são:

- a) Descuidos com a alimentação, por falta de experiência ou por limitação financeira, levando a uma alimentação desequilibrada;
- b) Fumo, excesso de consumo de álcool e drogas ilegais;
- c) Experiências sexuais desprotegidas, com risco de gravidez indesejada, infecções por DSTs ou HIV;
- d) Falta de exercícios físicos;
- e) Infecções comuns, como resfriados e influenza;
- f) Estresse e depressão;
- g) Acidentes de trânsito.

“Viva Melhor” foi uma série constituída por programetes. O programete tinha no máximo 5 minutos e era inserido ao longo da programação. Em relação ao conteúdo, era evitado o enfoque médico ou curativo ou que focalizasse as enfermidades. Os temas abordados pelo programete caíram em três assuntos que resumiam o estilo de vida: alimentação, exercício físico e prevenção de doenças.

Pode-se constatar que o rádio não dispensa muito tempo à área de comunicação e saúde. Por outro lado, as pessoas também não têm o hábito de ouvir notícias ou mesmo buscar informações no rádio. O veículo é visto como distração para muitos num momento de stresse ou mesmo de

descontração no dia-a-dia.

É sensato considerar que o rádio integra um conjunto de influências cumulativas resultantes da ação dos meios de comunicação e de outras agências, como a escola, a igreja, o clube, o local de trabalho, os amigos, os quais, pela repetição das mensagens, são capazes de criar relevância para um tema, instaurando uma cultura de saúde, formada de mensagens convergentes, em ambientes sociais de apoio. Essa interação de fatores é que é capaz de em médio prazo levar à consciência dos valores de saúde e a adoção de um estilo de vida condizente com eles.

1.3.4. TELEVISÃO

O tema saúde além de ser veiculado pelas televisões comerciais, já faz parte da programação de TVs à cabo, comunitárias, educativas e universitárias. As TVs abertas possibilitam um alcance maior de audiência, não têm custo para a audiência e alcançam as populações das periferias dos grandes centros urbanos, tão atingidas por problemas de saúde.

Podemos ressaltar que o que predomina nos discursos televisivos é a divulgação do conceito da doença em detrimento da saúde. Documentários, programas e filmes em várias TVs comerciais continuam a explorar o fascínio do público por protagonistas agonizantes que vivem experiências dramáticas em hospitais. Há casos, em que se utiliza a história de vida dos sujeitos reais em formato de pequenas novelas e dramas, com total falta de ética, sendo que as produções dos programas buscam entre os indivíduos anomalias externas e as piores doenças, invadindo o direito de imagem.

Enquanto há uma hegemonia na busca pela denúncia na área da saúde pela mídia nacional, principalmente a TV, não se investe em programas de saúde e as campanhas veiculadas destinam-se a

informar somente nos momentos de surtos epidêmicos. A informação passa a ser um “espetáculo” produzido por profissionais da imprensa que não refletem sua ação diária.

Alguns programas matinais diários abordam temas de saúde, na maioria deles, apenas com enfoque curativo, específico e técnico como é o caso da programação da Rede Mulher, Rede Record, TV Bandeirantes, Rede TV! , Gazeta, TV Prevê (emissora local), SBT, etc.

Na Rede Globo, emissora que será analisada no presente trabalho, assuntos de saúde têm aparecido eventualmente como tema de reportagens do programa “Globo Repórter”, tratando de obesidade, memória, fitoterápicos e em matérias do programa dominical “Fantástico”, no qual o próprio Dr. Drauzio Varella já enfocou temas de saúde, como tabagismo e gravidez.

Uma outra forma de trabalho relacionada a área em questão são as novelas em horário nobre, acompanhadas por milhões de espectadores todas as noites. Um exemplo de enfoque da saúde pela comunicação de massa foi a abordagem da questão de dependência de drogas na novela “O Clone”, da Rede Globo, exibida no ano de 2002. O problema das drogas se tornou um dos assuntos mais importantes não apenas na trama, na qual foi tratado de forma ficcional, mas por meio de uma extensa série de depoimentos reais extremamente dramáticos, que se sucederam diariamente durante meses, provocando repercussão no próprio âmbito da comunicação de massa, colocando a questão da droga como um problema de saúde individual e coletiva. (SOARES, 2002)

CAPÍTULO II

A OBESIDADE EM DISCUSSÃO

2. OBESIDADE: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade é um excesso de gordura no corpo que, na prática, é calculado pela relação entre o peso e a altura. Diversos estudos demonstram que a mortalidade associada ao peso é menor na faixa central dos pesos, em torno do denominado “peso ideal”, aumentando exponencialmente acima e abaixo dos limites dessa faixa.

Nos Estados Unidos, a obesidade consiste um dos mais comuns problemas de saúde, além de ser um fator de risco para doenças como hipertensão arterial (pressão alta), diabetes, artrite degenerativa e infarto do miocárdio. É uma causa de significativa morbidade e mortalidade, gerando impactos sociais e financeiros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou um parâmetro para definir a obesidade, derivado da altura e do peso do paciente. Este parâmetro é conhecido como índice de massa corporal (IMC), calculado através da fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA}^2}$$

Nessa fórmula, o IMC equivale ao peso (valor em quilogramas) dividido pela altura (valor em metros) ao quadrado.

A obesidade é definida como um índice de massa corporal (IMC) com valor acima de 30. Através da medida do IMC podem-se classificar os indivíduos em diferentes graus de obesidade, sendo que pacientes com IMC de valor igual ou superior a 30,0 são considerados obesos.

A obesidade é causada por inúmeros fatores, como o excesso de ingestão de alimentos, gasto insuficiente de energia (exercícios, taxa de metabolismo corporal diminuída), predisposição genética, quantidade de leptina diminuída no plasma, fatores ambientais predisponentes ao ganho de peso, fatores psicológicos estressantes a classe sócio-econômica mais baixa.

Os Estados Unidos se tornarão a partir de 2010, um país onde mais da metade da população adulta será obesa e, viverá menos que seus pais, segundo projeções sobre este mal, que já é considerado uma epidemia. Ao ritmo atual, 68 milhões de americanos serão obesos em sete anos, ou seja, 40% da população, e a marca dos 50% poderá ser superada em uma década, de acordo com as estatísticas apresentadas pelo Centro de Controle de Doenças (CDC), ligado ao governo federal, no ano de 2003.

A reboque do excesso de peso vem o diabetes, com a previsão de afetar pelo menos um em cada três americanos nascidos em 2000, na idade adulta (33% dos homens e 38% das mulheres).

Segundo o médico K.M. Venkat Narayan, do CDC, o número de pessoas diabéticas nos Estados Unidos aumentará 165% entre 2000 e 2050, após uma alta de 40% entre 1990 e 1999. Como conseqüências desta tendência, especialistas afirmam que a nova geração de americanos viverá, pela primeira vez na história moderna, menos que seus pais. (IBGE, 2003)

De acordo com os estudos, a obesidade mórbida (excesso de peso de pelo menos 40 quilos) aumentou duas vezes mais rapidamente que a proporção de americanos simplesmente obesos, passando de um para cada 200 indivíduos, em 1986, para um em 50, em 2000.

Mais rápido ainda é o aumento da obesidade extrema ou super-obesidade, que se refere às pessoas cujo excesso de peso se aproxima ou supera os 70 quilos. O número de americanos afetado pela super-obesidade passou de um em 2000, em 1986, para um em 400 no ano de 2000. Neste grupo, um homem médio com 1,77 metro pesa 169 Kg.

Para o economista Roland Sturm, do centro de estudos Rand, que dirigiu um estudo sobre

obesidade grave, estes resultados têm enormes conseqüências para o sistema de saúde do país, devido ao custo dos tratamentos contra o diabetes, a hipertensão e outros problemas crônicos, várias vezes superior entre as pessoas afetadas pela obesidade grave em relação às pessoas cuja obesidade é moderada.

A obesidade é a causa de 300 mil mortes por ano nos Estados Unidos e o custo anual do tratamento vinculado a problemas de peso chega a US\$ 117 bilhões. O excesso de peso está no centro das preocupações dos americanos. Para se ter uma noção, livros de dietas sempre estão entre os cinco primeiros títulos de auto-ajuda na lista de best-sellers do jornal New York Times.

Segundo estudo do Harvard Growth Study, um outro grave problema é a obesidade na infância que está se apresentando como uma epidemia global. Nas últimas décadas, duplicou a incidência da obesidade entre as crianças e adolescentes. Nos Estados Unidos aproximadamente 25% das crianças entre seis e 17 anos são obesas ou apresentam risco de sobrepeso. A obesidade representa para os americanos a doença nutricional entre crianças e adolescentes. Nas nações em desenvolvimento, a obesidade coexiste com a desnutrição, provavelmente pela modificação dos hábitos e estilo de vida, que se tornaram mais “americanizados”.

A obesidade infantil está associada a conseqüências negativas para a saúde da criança e do adolescente, incluindo inflamações crônicas, aumento da tendência a coagulação sangüínea, resistência a insulina, diabetes tipo 2, hipertensão, complicações ortopédicas, alguns tipos de câncer e até apnéia do sono. Quadro psicológico conturbado, com diminuição da auto-estima, depressão e distúrbio da auto-imagem também está associado à obesidade infantil.

Como a criança obesa tem um maior risco de tornar-se um adulto obeso, poderá haver conseqüências profundas na saúde pública nos próximos anos como resultado das doenças associadas à obesidade, como diabetes tipo 2, doenças cardíacas e infarto.

A obesidade parece ser condição familiar. Crianças entre três e 10 anos com pais obesos têm o

dobro de chances de tornarem-se adultos obesos quando comparadas com crianças obesas cujos pais não são obesos. Na faixa de um a dois anos, crianças com um dos pais obeso expressam um aumento do risco de obesidade em 28%.

O ambiente familiar influencia o desenvolvimento da obesidade na criança. Hábitos de ingerir “fast-food”, modificações da composição dos alimentos com ingestão de alimentos densos, ricos em gorduras, refrigerantes, porções de alimentos ricos em açúcar com altos índices glicêmicos e aumento do tamanho da porção das refeições são hábitos da família que podem levar à obesidade infantil. Pesquisas demonstram também que a inatividade da família prediz a inatividade da criança, enquanto a atividade física dos pais influencia a frequência do exercício dos seus filhos.

Na Europa, a situação não é muito diferente. A epidemia de obesidade é tida como responsável pelo aumento do número de pessoas que desenvolvem diabetes tipo 2. Os maus hábitos alimentares e a falta de exercício físico estão entre as principais causas de morte evitável na Europa, calculando-se que a obesidade represente, segundo as estimativas, entre 2% e 8% dos custos dos cuidados de saúde. (<http://europa.eu.int>)

Pesquisas na área revelam que o número de crianças em idade escolar com excesso de peso aumenta em cerca de 400.000 por ano, na Europa. Informações fornecidas pela Obesity Task Force (IOTF) indicam que a dimensão do problema da obesidade na Europa terá sido subestimada devido à não apuração de dados em alguns países e que mais de 200 milhões de adultos podem sofrer de excesso de peso ou de obesidade. Diante desse quadro, na luta contra a obesidade, foi lançado o projeto “Plataforma de Ação Européia” que reúne os principais representantes comunitários dos setores da alimentação, da distribuição, da restauração e da publicidade, das organizações de consumidores e das ONGs que operam no campo da saúde e tem como objetivo analisar a ação voluntária nos domínios da informação e da educação do consumidor, comercialização e publicidade, promoção do exercício físico, composição dos alimentos e dimensão das porções.

Entre os adultos, o mal aumenta 6% ao ano; já nas crianças, cresce anualmente 17%. Os franceses estão engordando, no dia 7 de janeiro de 2006 que foi o Dia Nacional da Pesagem das crianças do país, um exercício voluntário reuniu centenas de pediatras que percorreram mais de 80 cidades para pesar, medir, interrogar e instruir as pessoas.

Roubaix é uma cidade industrial economicamente deprimida no norte da França, a região com maior incidência de obesidade no país. Cinquenta e um por cento dos habitantes estão acima do peso ou são obesos, em comparação com a média nacional de 42%, segundo os mais recentes dados nacionais, relativos ao ano de 2003. A tendência é mais significativa entre as crianças. (<http://europa.eu.it/>, acessado em 14.03.06)

Há apenas alguns anos, a obesidade na França era um assunto relegado aos programas matinais de entrevistas na televisão e às revistas femininas. Mas agora a questão acabou tornando-se política. Jean-Marie Le Guen, médico e parlamentar socialista, que escreveu o livro “Obesidade: a nova doença francesa”, tornou-se pioneiro no assunto. Ele previu que a doença seria um dos temas mais importantes do país e começou a propor legislações no sentido de conter aquilo que ele chama de “epidemia de obesidade”.

Em setembro de 2005, a França proibiu as máquinas de venda de refrigerantes e lanches industrializados nas escolas públicas. A lei também proibiu as propagandas enganosas sobre alimentos na televisão e na mídia impressa, e criou um imposto de 1,5% sobre o orçamento de publicidade das companhias alimentícias que não encorajarem hábitos alimentares saudáveis. Solicitou-se, ainda, às escolas que proporcionassem aos alunos meia hora de exercícios físicos por dia.

Estima-se que morram anualmente na França 55 mil pessoas devido a doenças vinculadas à obesidade. Algumas das razões para o aumento da obesidade são as mesmas que atingem os Estados Unidos e grande parte da Europa: a atração exercida pelos lanches do tipo fast food e os alimentos pré-preparados, a disponibilidade generalizada de lanches prejudiciais à saúde e o estilo de vida sedentário.

O McDonald's tem mais lucros na França do que em qualquer outro país da Europa. As vendas da rede aumentaram 42% nos últimos cinco anos. Cerca de 1,2 milhão de franceses, ou 2% da população, comem no McDonald's todos os dias.

Ao contrário do mito segundo o qual os franceses passam horas à mesa, saboreando pequenas porções de vários alimentos, estudos revelaram que eles comem em frente aos aparelhos de televisão, ao telefone e até mesmo quando estão sozinhos. Na verdade, a refeição francesa média, que há 25 anos durava 88 minutos, atualmente tem a duração de apenas 38 minutos.

Sediada em Londres, a FTIO trabalha em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS) para alertar sobre os problemas crescentes relacionados com os altos níveis de obesidade. O último estudo realizado em conjunto com a Associação Européia para o Estudo da Obesidade (EASO), desmente o senso comum de que os países europeus são menos afetados pelo fenômeno do que seus vizinhos. Malta, Sicília, Gibraltar e Creta, assim como a Espanha, Portugal e Itália, apresentam, taxas de excesso de peso e obesidade que excedem 30% entre crianças de 7 a 11 anos.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou que mais de 40% da população está com excesso de peso (obesos ou com sobrepeso) – tendência que vem sendo constatada há quase três décadas no Brasil. Além de 40% da população apresentarem excesso de peso, o instituto revela que a maioria da população (65% a 70%) é sedentária. De acordo com dados do IBOPE, o brasileiro passa, em média, 5 horas e 53 minutos por dia assistindo televisão.

A epidemia da obesidade leva ao aumento do índice de complicações e doenças associadas, como já foi discutido anteriormente. Recente pesquisa realizada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de São Paulo, mostrou que, no estado, 7% são diabéticos e 24% hipertensos, justificando a presença das doenças cardiovasculares no primeiro lugar no ranking de mortalidade entre adultos.

A Pesquisa sobre Padrões de Vida nas regiões nordeste e sudeste do Brasil, o IBGE constatou

que 56,8% das pessoas têm um IMC ideal. A população acima do peso ideal é de 28,8%. Os obesos respondem por 9,8% e os desnutridos por 4,6%. O Nordeste possui um percentual maior de pessoas com o IMC abaixo de 18,5% e um percentual maior de pessoas com o IMC ideal. O Sudeste possui proporcionalmente mais obesos e pessoas acima do peso ideal. As mulheres são mais obesas que os homens. Enquanto 12,2% das mulheres apresentam IMC acima de 30, apenas 7% dos homens têm índices tão altos. Por outro lado, há mais mulheres consideradas desnutridas que homens. Com isso, 58,7% dos homens apresentam IMC ideal, contra 55,3% das mulheres.

A divulgação da segunda etapa da pesquisa de Orçamentos familiares (POF, 2004), do IBGE, mostrou que os brasileiros não estão se alimentando corretamente. Segundo a pesquisa, são 38,8 milhões de pessoas com 20 anos ou mais de idade que estão acima do peso, o que significa 40,6% da população total do país. E, dentro deste grupo, 10,5 milhões são obesos.

A POF é realizada em uma amostra de domicílios na qual são levantadas todas as receitas e despesas do orçamento doméstico, inclusive informações detalhadas sobre alimentação – que tipo de comida cada família consome e em que quantidades. Além disso, pesam-se e medem-se a altura dos entrevistados para calcular o IMC (índice de massa corporal).

Além da população obesa, existem também as pessoas abaixo do peso, principalmente no Nordeste rural. Mas isto não significa que a pobreza só atinja essa camada da população, porque nem sempre estar abaixo do peso indica desnutrição. A desnutrição também pode estar presente na obesidade, quando faltam os nutrientes necessários. Muitas pessoas não fazem uma refeição saudável, substituindo-a por comidas gordurosas e frituras. (IBOPE, 2004)

Os dados indicam, ainda, que o brasileiro pode, sim, preocupar-se com sua alimentação, mas não toma medidas concretas para reverter o quadro. A prática de esportes ao menos uma vez por semana é feita por cerca da metade dos homens e apenas um terço das mulheres.

Pesquisa divulgada pela ABESO (Associação Brasileira para Estudos de Obesidade) revela que

30% da população adulta são constituídos de indivíduos obesos. E, enfatiza que as causas são: aumento no consumo de alimentos calóricos e diminuição da prática de atividade física.

A inatividade física já é um grande risco para a saúde global, e prevalece tanto nos países industrializados quanto nos países em desenvolvimento, especialmente entre as populações urbanas de baixa renda, nas megacidades superpovoadas. Medidas e políticas que se fazem necessárias para promover padrões de alimentação mais saudáveis e para estimular um aumento na atividade física são, muitas vezes, coincidentes e mutuamente interativas ao determinarem comportamentos mais saudáveis. Dietas saudáveis e atividade física são fundamentais para garantir uma vida longa e saudável. (OMS/FAO, 2003)

Na 13ª Reunião Interamericana sobre Saúde, especialistas da OMS em dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas enfatizam que o consumo de alimentos de grande conteúdo nutricional, e o equilíbrio entre a ingestão de alimentos energéticos e a atividade física necessária para manter um peso saudável são essenciais em todas as etapas da vida. O consumo desequilibrado de alimentos com alto teor de energia (açúcar, amido e/ou gordura) e baixo teor de nutrientes essenciais contribui para o excesso de energia, o peso excessivo e para a obesidade. A quantidade de energia consumida com relação à atividade física e à qualidade dos alimentos são fatores determinantes nas doenças crônicas associadas à nutrição.

Para os especialistas da OMS, é imprescindível a divulgação nos meios de comunicação que as pessoas devem ingerir menos alimentos com muitas calorias – especialmente os que apresentam altos teores de gorduras saturadas ou gorduras-trans e açúcar; elas devem exercer atividade física, dar preferência às gorduras insaturadas, e ingerir menos sal; comer frutas, verduras e legumes; e selecionar os frutos do mar, bem como os alimentos oriundos do reino vegetal. Esse padrão de consumo não é apenas mais saudável; ele também é mais favorável ao ambiente e ao desenvolvimento sustentável.

Ainda, de acordo com os especialistas da OMS, as políticas e os programas devem lidar com a

necessidade de mudanças no nível individual, bem como as transformações na sociedade e no meio ambiente, para que opções mais saudáveis se tornem acessíveis e preferíveis.

Os melhores resultados são alcançados quando se estabelece uma relação de trabalho entre as comunidades e os governos, promulgando leis e iniciativas locais que afetem as escolas e os locais de trabalho, conseguindo o envolvimento de produtores de alimentos e das indústrias de processamento de alimentos. A epidemia pode ser contida pelas próprias pessoas por ela afetadas, as quais devem exigir providências. (OMS/FAO, 2003)

Segundo o cardiologista Mário Camargo Maranhão, um dos integrantes da comissão responsável pela confecção do relatório da OMS, as doenças crônicas lideram o número de mortes em todo o mundo e 80% delas ocorrem principalmente em países em desenvolvimento. Isso porque, nessas nações, impera a falta de informação entre os habitantes, situação agravada também por precárias políticas de saúde pública.

No entanto, além do sofrimento imposto pelas doenças, o flagelo tem contribuído para acentuar o empobrecimento desses países na medida em que eleva os gastos com os tratamentos. Afinal, quase sempre os pacientes já chegam aos hospitais com manifestações graves das doenças. Sem falar no preço que sobra para os sistemas de previdência, uma vez que muitas dessas vítimas se tornam incapacitadas para o trabalho.

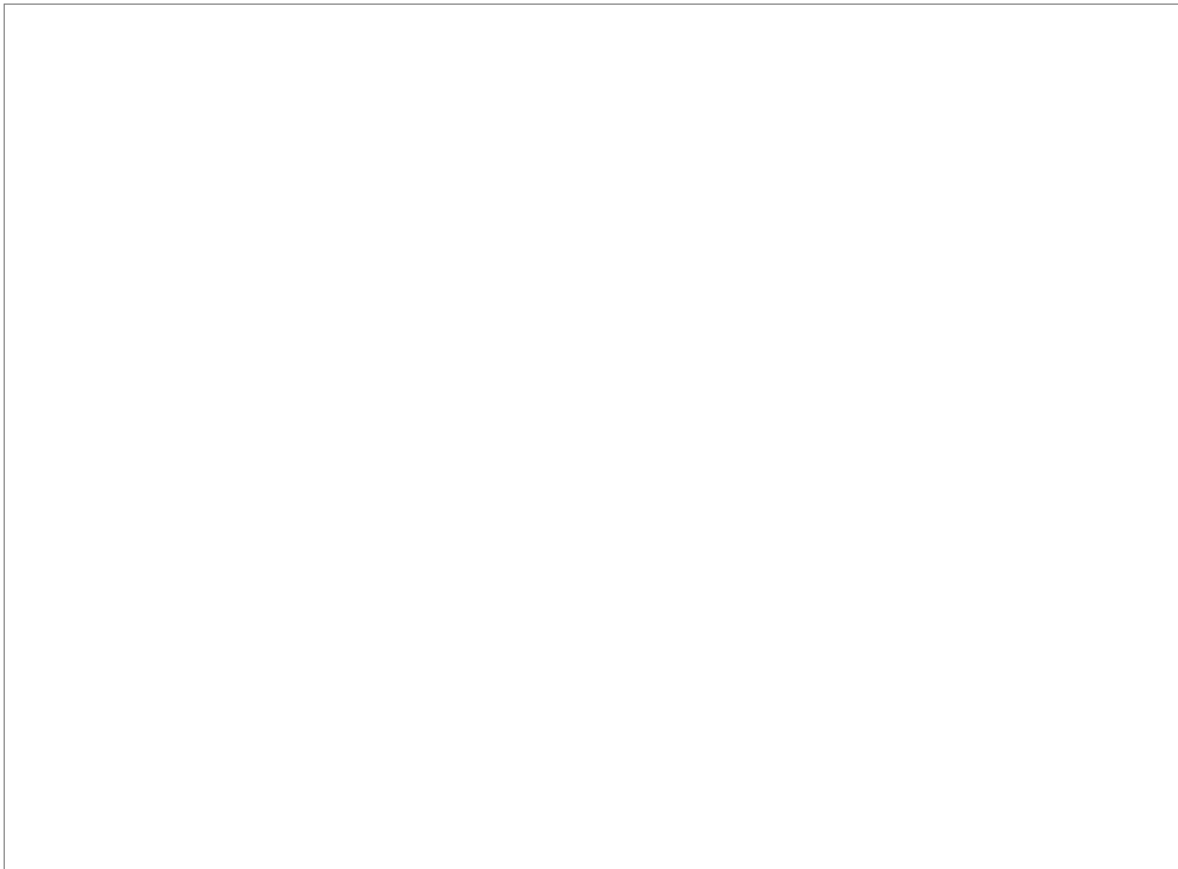
Enfim, apenas um amplo trabalho de prevenção e controle entre o governo e a sociedade poderá ajudar a combater o aumento do número de pessoas vítimas da obesidade.

2.1. MÍDIA E OBESIDADE.

Sustentados pela cultura de massa, pela moda, os efeitos do costume de “fazer regimes” desenvolvem ainda mais os transtornos alimentares. O culto ao corpo é valorizado através da mídia, ao mesmo tempo em que é estimulado o consumo de alimentos sem valor nutritivo.

De acordo com Felipe (2003), a obesidade pode ser considerada uma doença de dependência e descontrole. O desejo de ser magro e o medo obsessivo de engordar são aspectos de doenças psíquicas, sociais, familiares. Segundo a pesquisadora, com base na melhora das novas tecnologias e na violência que obriga as pessoas a permanecerem mais tempo confinadas em suas casas, assiste-se a um cenário de mudanças nos hábitos e nos costumes, e, como consequência, a uma preocupação com uma doença que vem proliferando nesse novo momento histórico.

Para ela, a influência da publicidade é inegável e determina comportamentos, uma vez que trabalha com questões atuais interessantes no momento e, assim, fabrica coletivamente uma representação social, reforçando e mobilizando, dessa forma, os pré-julgamentos, redobrando-os. Também é a mídia que define a duração e a intensidade do assunto em voga, estabelecendo de fato aquilo que interessa e a sua amplitude. Por fim, os meios de comunicação de massa exercem forte influência na escolha de produtos que favorecem a obesidade.



fonte: Felipe (2000)

Numa análise inicial, observamos que os meios de comunicação de massa bombardeiam as pessoas com imagens que associam a felicidade à figura esbelta. Na propaganda dos serviços e produtos para emagrecer, levanta-se a preocupação com as conseqüências da obesidade, indicando-se aos indivíduos que compete a eles tomar providências.

A categoria emagrecimento, por exemplo, carregada de significados, apresenta termos mobilizadores de sentido como drogamania, best-sellers dos medicamentos, ou melhora do corpo e do espírito, com objetivo de seduzir o consumidor certo desses produtos, quando sabemos da urgência e da desesperança do obeso, que já tentou e fracassou em diferentes tentativas.

Longe de ajudar os excluídos, a mídia pode contribuir para a alienação e a para a estigmatização. A

mídia carrega um poder de influência tanto no receptor como no poder político, que necessariamente providencia resoluções ou encaminhamentos em resposta às denúncias mediáticas. Forma-se, a partir daí e através da visão mediática, a opinião pública.

Para Felipe (2003), a obesidade está ligada a uma rede de lucro e poder, na qual o papel do Estado limita-se a aspectos curativos. O poder público negligencia uma doença social, contraditoriamente gerada pela disponibilidade e excesso de alimentos, uma vez que não esclarece nem informa sobre o uso adequado dos alimentos.

Esse comportamento se estende às crianças que são o alvo mais “fácil” da publicidade. De acordo com um estudo realizado em 2004 (ALMEIDA et al, 2004), na disciplina de Nutrologia, do departamento de Pediatria da Unifesp, nas propagandas veiculadas nos intervalos de alguns programas infantis de televisão constatou-se que, para cada 10 minutos de propaganda, 1 minuto tem objetivo de promover o consumo de produtos alimentícios, contribuindo para gerar hábitos nem sempre saudáveis. (SILVEIRA E PESSONI, 2005)

Um estudo da OMS (Organização Mundial de Saúde) apontou que apenas 30 segundos de propaganda já são suficientes para exercer forte influência sobre as crianças. No estudo brasileiro, de 2004 (UNIFESP, 2004), dos 600 minutos gravados, 5 minutos e 3 segundos foram gastos com a venda de produtos alimentícios.

De acordo com um levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 38,8 milhões de pessoas acima do peso, no Brasil. Das crianças de 7 a 12 anos, segundo pesquisa do Instituto LatinPanel, do grupo IBOPE, 35% estão acima do peso. (IWASSO, Simone, 2005)

JANSEN (2004) aponta que um relatório da Força-Tarefa Internacional sobre obesidade enviou relatório em 2004 à OMS (Organização Mundial de Saúde) alertando que uma em cada dez crianças em todo o mundo é obesa. De acordo com o documento, a situação é mais grave nos Estados Unidos, aonde o percentual de crianças obesas chega a 30%.

O papel de alertar a população sobre os males causados pelo sobrepeso está a cargo não só dos profissionais da saúde, mas também da mídia. Dessa forma, SILVA (2004) acredita que o tema deva fazer parte, de forma séria, das pautas dos principais meios de comunicação:

Defendo a alimentação como um tópico, essencial, senão o primeiro, para a prevenção de doenças. No entanto, em uma visão distorcida e fragmentada da comunicação para a saúde existente na mídia, a questão alimentar quase não está presente e quando aparece, o faz sob enfoque da espetacularização (...) A repercussão do hábito alimentar negativo acarreta um maior grau de adoecimento, “prato cheio”, para a indústria farmacêutica. A população é duplamente apenada, pelo baixo grau de vitalidade e pelo custo da saúde. (SILVA, 2004)

Quem também lembra da importância da saúde na pauta da mídia é OLIVEIRA (2002).

Segundo a autora,

A divulgação de temas de saúde pela mídia impressa, eletrônica e mais recentemente a Internet é um subsetor relevante no campo de estudos de divulgação da ciência, pois se trata de levar ao conhecimento do público em geral conhecimentos, informações e práticas da medicina preventiva e da manutenção da saúde capazes de complementar, numa certa medida, as poucas verbas dedicadas a esta finalidade (...) Determinadas patologias são capazes de serem, até certo ponto, evitadas por campanhas de prevenção e informação ao público, como é o caso de moléstias transmissíveis.

Enfim, pode-se dizer que existe no mercado uma necessidade de disseminar informações, por exemplo, sobre o tema “Obesidade Infantil”, principalmente nos espaços acessados pelas principais vítimas dessa epidemia: as crianças.

Segundo um trabalho feito por SILVEIRA E PESSONI no ano de 2005, analisando os jornais *O Estado de São Paulo* e a *Folha de S.Paulo*, os pesquisadores concluíram que há falta de informação sobre os males da obesidade nos suplementos jornalísticos. As análises das pesquisas indicaram que os jornais precisam informar mais as crianças, tratando-as como público privilegiado, e começarem a perceber a necessidade do leitor no que tange às demandas da área da saúde. Desse modo, tanto os suplementos infantis como os jornais carecem de ter uma nova visão na busca de novas fontes e informações, pois quanto mais informação a sociedade tiver, mais orientada sobre os males das doenças ela vai estar.

Analisando um outro viés da Comunicação e Saúde, a publicidade de alimentos, pode-se afirmar que a linguagem publicitária é dotada de recursos estilísticos e argumentativos da linguagem cotidiana, direcionada para informar e manipular.

CARVALHO (1996) afirma que, como a publicidade não tem autoridade para ordenar, utiliza, então, a manipulação disfarçada para convencer e seduzir o receptor, sem deixar transparecer suas próprias intenções, sentimentos e idéias.

Segundo a autora, o discurso da publicidade visa conduzir o consumidor a convencer-se consciente ou inconscientemente. A publicidade impõe, nas linhas e entrelinhas, valores, mitos, ideais, enfim, elaborações simbólicas. Assim, “o discurso publicitário é um dos instrumentos de controle social, e, para bem realizar essa função, simula igualitarismo, remove da estrutura da superfície os indicadores de autoridade e poder, substituindo-os pela linguagem da sedução”.

Para SILVA (2005), se pensarmos as mensagens que chegam até nós como um misto de sedução e controle podemos concluir que essa dualidade começa nas próprias peças publicitárias que também apelam para o controle como forma de sedução. É o que se pode ver nas publicidades de produtos *light*.

Para LIPOVETSKY (1989), a arma da publicidade é a surpresa, o inesperado, a qual tem como

princípio o efêmero, a mudança constante e a originalidade a qualquer preço. Vivemos a apoteose da sedução, seu funcionamento não se dá mais pela solicitude, pela gratificação, mas cada vez mais pelo lúdico, pela gratuidade superlativa, pela teatralidade hollywoodiana. “A sedução provém da suspensão das leis do real e do racional, da retirada da seriedade da vida, do festival dos artifícios”.

LIPOVETSKY (1989) afirma, ainda, que a publicidade é a futilidade do sentido, a inteligência criativa a serviço do superficial. Segundo o autor, a publicidade soube adaptar-se muito bem às transformações culturais, moldou seu estilo de acordo com o perfil da sociedade pós-moderna hedonista e construiu uma comunicação que valoriza a autonomia, a personalidade e a qualidade de vida.

Coerente com esses valores, campanhas publicitárias de produtos com alto valor calórico, mostram que o consumo do produto simula o consumo do bem-estar, e a obtenção de prazeres de várias naturezas, inclusive sexual, até o conforto do estabelecimento de vínculos afetivos. Nesses casos, se os comerciais vendem sensações e não diretamente o produto, já na linha *light*, o foco das campanhas costuma ser os benefícios que o uso daquele produto trará sem prejuízo do prazer.

Já as matérias de cunho jornalístico na área de alimentação e saúde se assemelham à lógica dos comerciais de produtos *light*, pois sugerem controle na ingestão de determinados alimentos, cuidados com a saúde e a criação de um determinado estilo de vida que se preocupa em evitar riscos futuros e eliminar ações que possam ser prejudiciais à saúde. A diferença é que as reportagens não têm compromisso direto com a venda de mercadorias e, por isso, os textos podem incorporar algumas controvérsias, sendo mais realistas que a publicidade.

SILVA (2005) acredita que esse tipo de informação está presente nos mais diversos veículos, nos inúmeros periódicos sobre cuidados com o corpo, como as revistas *Boa Forma*, *Corpo a Corpo*, *Saúde é Vital*, na série de reportagens do médico Drauzio Varella no Fantástico, Questão de Peso, em inúmeros *Globo Repórter* sobre hábitos alimentares do brasileiro, nas revistas *Veja*, *Isto É*, etc, que

comumente trazem como reportagem principal esse assunto.

Para SILVA (2005), ainda, a temática é foco também de *reality shows* como *O Grande Perdedor*, veiculado pelo SBT no ano de 2005, quando obesos ficaram confinados por 96 dias, fazendo regime e resistindo a guloseimas, competindo semanalmente para ver quem conseguia perder mais peso. A vencedora foi Andréia Dutra que emagreceu 29 quilos, ganhou um prêmio de 300 mil reais e afirma que a melhor conquista foi ter adquirido curvas novamente. Numa entrevista concedida à revista, *Isto É Gente* onde posou como celebridade, Andréia diz que mudou seu comportamento durante o confinamento, adquiriu novos hábitos alimentares e o gosto por exercícios físicos.

A cultura do corpo saudável passa pela do corpo magro, tendo como ideal de beleza modelos e atrizes magérrimas, muito abaixo do peso e até anoréxicas, como exemplo, a modelo Kate Moss, levando muitas mulheres a constante insatisfação corporal e conduzindo algumas para doenças como anorexia e bulimia.

Tanto pela ótica da sedução quanto pela do controle há sempre o objetivo de estimular o consumo. Quando se referem ao controle, as mensagens procuram alertar sobre os riscos de determinados comportamentos e sugerem padrões de conduta, mas quando pertencem ao universo da sedução, a preocupação em estimular o consumo de alimentos é bem mais evidente e toda a moral em relação àquela situação específica é apagada propositalmente.

No entanto, os meios de comunicação também podem ser utilizados para difundir informações sobre e motivar as pessoas a lutar contra a obesidade, fazendo escolhas adequadas de alimentos e exercitando-se mais. Também aqui é possível usar uma linguagem sedutora, além da pura informação racional.

CAPÍTULO III

TEORIA E METODOLOGIA

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS E EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS PARA A ELABORAÇÃO DE MENSAGENS DE SAÚDE

Neste capítulo serão apresentados alguns aportes teóricos de comunicação e evidências de pesquisa em planejamento de mensagens de saúde. Foi o psicólogo Kurt Lewin quem afirmou que “nada é tão prático como uma boa teoria”. Na verdade, a comunicação em saúde é uma atividade aplicada, mas suas intervenções precisam ser fundamentadas na investigação sistemática, a fim de alcançarem os objetivos de mudança de comportamento visados. Os princípios que serão examinados, estabelecidos pela pesquisa, servirão de referência para avaliação dos programas sobre obesidade, que constitui o nosso objeto de análise. Os conceitos e a teoria que examinaremos aqui serão, ao final, utilizados como parâmetros para a análise da dissertação. Eles se baseiam em cinco textos de revisão da pesquisa sobre abordagens de temas de saúde em campanhas públicas, que compõem a obra *Designing health messages. Approaches from communication theory and public health practice*, organizada por Maibach e Parrot (1995). São os seguintes os temas abordados:

- 1) Apresentação dos temas de saúde;
- 2) Modelo de tomada de decisões;
- 3) Abordagem social-cognitiva das etapas de mudança;
- 4) Apelos ao medo em campanhas de promoção de saúde;
- 5) Apelos positivos em campanhas de saúde.

1 - APRESENTAÇÃO DOS TEMAS DE SAÚDE

Parrot (*in* MAILBACH; PARROT, 1995), afirma, baseada nas pesquisas revistas por ela, que muitas mensagens de saúde não atingem seus objetivos, em parte, por causa da forma como as pessoas processam a informação depois da exposição a essas mensagens. Ela discute o processamento da informação de saúde pela audiência e propõe uma forma de apresentação específica de conteúdo e abordagens lingüísticas para induzir o esforço mental em processar mensagens de saúde. Segundo a autora, os níveis de atenção da audiência caracterizam-se por um *continuum* desatento/passivo e atento/ativo. Uma audiência ativa procura informação, presta atenção e processa mensagens sobre um determinado assunto.

Parrott afirma, ainda, que o objetivo do planejador de mensagem de saúde, geralmente, é incitar o pensamento ativo em uma audiência passiva, sendo que as pessoas se baseiam em experiências passadas ou conhecimentos anteriores para interpretar uma mensagem.

Segundo as pesquisas revisadas por ela, os indivíduos são motivados a se tornarem cognitivamente engajados, quando:

- a apresentação do conteúdo apresenta uma discrepância entre expectativas e realidade, apresentação não usual, não familiar (criatividade, inovação);
- quando uma solicitação interna ou externa induz o indivíduo a iniciar e aumentar deliberadamente o nível de atenção consciente. A solicitação externa é constituída de apelos explícitos do texto (chamadas, títulos) que aumentam a atenção – consciência. São chamadas premeditadas e explícitas para a audiência aumentar a atenção à mensagem. Por exemplo: “Procurando a solução para perder peso? Ouça isto!” Já as solicitações internas podem ocorrer em decorrência de palavras precisas selecionadas para compor mensagens de saúde, evitando-se os termos ambíguos.

A autora também se refere ao que denomina especificidade denotativa – afirmação explícita de

agentes, objetos, ações envolvidas no assunto. Assim, a afirmação, “*you* precisa controlar seu peso para manter-se saudável”, usa o pronome que designa especificamente o agente. O uso de uma linguagem especificamente denotativa melhora a atenção a uma mensagem, pois contém palavras que chamam a atenção para sua relevância. O mesmo pode ser dito em referência à chamada imediaticidade espacial, caracterizada por demonstrativos como “este”, “aqui”, em contraste com “aquele” ou “lá”, ou da imediaticidade temporal, marcada pela seleção de tempos verbais presentes que levam a uma linguagem temporalmente imediata, que gera uma solicitação interna para prestar atenção. No que diz respeito à avaliação da imediaticidade de uma mensagem, a autora se refere também aos qualificadores, palavras ou frases que expressam incerteza (talvez, pode ser, possivelmente, seria, poderia), sugerem dúvida. Por isso, é necessário evita-los, a fim de facilitar a atenção a uma mensagem de saúde. Em resumo, para motivar as audiências a prestar atenção a mensagens de saúde consciente e ativamente, é preciso selecionar índices específicos de fala que deflagram requisitos internos para atentar ao conteúdo.

Enfim, para se obter a atenção do público alvo e, conseqüentemente, o envolvimento da audiência é necessário atender algumas regras na elaboração da mensagem de saúde. As regras imprescindíveis para aumentar o esforço mental em processar mensagens de saúde, segundo Parrot, são:

1. usar mensagens, ambientes e cenários novos para apresentar mensagens de saúde
2. considerar mensagens, ambientes e cenários discrepantes para apresentar mensagens de saúde tradicionais
3. instruir a audiência a prestar atenção a mensagem
4. construir a mensagem de uma forma denotativamente específica
5. escolher demonstrativos espaciais imediatos

6. usar um discurso temporalmente próximo (imediato) – preferindo empregar o tempo presente
7. evitar qualificadores que introduzem ambigüidade na mensagem; em vez disso, identificar as probabilidades associadas com os resultados de certos comportamentos.

A partir disso, podemos concluir que a mensagem de saúde não é apenas informativa ou de entretenimento, mas persuasiva uma vez que é produzida visando a modificar a atitude e as ações das pessoas.

2 - O MODELO DE TOMADA DE DECISÃO

Holtgrave, Tinsley e Kay (*in* MAILBACH e PARROT, 1995) apresentam o modelo de etapas, que aborda a mudança de comportamento como sendo uma série de ações ou eventos. Esse modelo permite aos pesquisadores detectarem um movimento em direção à mudança de comportamento em pessoas que ainda não atingiram a plena mudança, como, por exemplo parar de fumar, praticar exercícios físicos, mudar a alimentação. Nesse modelo, os pesquisadores podem ver a influência de fatores no início e através do processo de mudança, ao invés de terem de esperar todos os fatores influírem no comportamento final ou adoção de uma nova conduta. Esse modelo pode ser considerado uma referência importante nas campanhas para a adoção dos comportamentos de controle do excesso de peso e obesidade, tema do programa que será objeto da nossa pesquisa.

O modelo de estágios deriva da psicoterapia e identifica cinco etapas na mudança de comportamento:

- pré-contemplativo (PC) – o indivíduo não reconhece o problema ou necessidade de mudança;
- contemplativo (C) – o indivíduo está seriamente pensando sobre o problema e possibilidade de mudança;
- preparação (P) – o indivíduo assume o compromisso de mudar e adotar os passos de preparação para a mudança;

- ação (A) – mudança de comportamento bem-sucedida por um período de um dia a seis meses e
- manutenção (M) – continuação da mudança de seis meses até um período indefinido.

Acontecem fracassos e reciclagens, de modo que o modelo é modificado de uma forma linear para a forma espiral.

O que Holtgrave, Tinsley e Kay propõem como contribuição, é combinar a abordagem em etapas, que já é bastante difundida, com um os construtos do modelo de tomada de decisão, a fim de aprimorar as intervenções de mudança de comportamento. Eles fazem isso focalizando os dois primeiros estágios do modelo, como veremos a seguir.

MOVENDO DO ESTÁGIO DE PRÉ CONTEMPLAÇÃO (PC) PARA O DE CONTEMPLAÇÃO (C)

Um processo subjacente ao movimento de pré-contemplação para contemplação é o aumento de informação sobre si mesmo em face de um problema particular enfrentado. Por exemplo, a pessoa pode ter uma percepção aumentada de risco pessoal, por realizar algo potencialmente arriscado.

Comparações de risco. As pessoas têm uma forma muito rica de conceber o risco, estando envolvidas as dimensões: voluntarismo, medo, controle, conhecimento, potencial catastrófico, novidade e equivalência (com outros riscos). Assim, o HIV é mais temido, menos controlável, mais catastrófico e mais novo risco do que as DSTs. Por isso, as pessoas vêem mais risco no HIV do que nas DSTs.

Julgamentos de probabilidades. Ao fazerem julgamentos, as pessoas têm dificuldade em processar informação probabilística e é importante para o planejador de mensagens de saúde saber que as pessoas também tendem a subestimar **riscos cumulativos**. Em relação às probabilidades qualitativas e quantitativas, tendem a comunicar conceitos probabilísticos usando palavras ao invés de números. Por isso, as mensagens devem expressar-se em termos quantitativos ou expressões quantitativas e

qualitativas a fim de tornar bem claro o significado do risco envolvido na atividade.

Efeitos de enquadramento. Por fim, há os efeitos de enquadramento, que se referem ao fato de que os sujeitos respondem diferentemente a estímulos verbais equivalentes, quando o estímulo é parafraseado de maneira diferente. O planejador deve, portanto, optar pelo enquadramento que mais provavelmente eliciará o comportamento desejado.

MOVENDO-SE DO ESTÁGIO DE CONTEMPLAÇÃO (C) PARA O PREPARAÇÃO (P)

Perspectiva da tomada de decisão. Para os autores, as mensagens precisam adotar a perspectiva de tomada de decisão dos receptores que não é, necessariamente, a dos planejadores.

Horizonte temporal. Em segundo lugar, as mensagens precisam incorporar o horizonte temporal da audiência na comunicação em saúde (curto ou médio prazo).

Avaliação da importância dos fatores. Por fim, é importante determinar que peso as pessoas atribuem aos fatores num problema de tomada de decisão e incorporar os fatores com maior peso na mensagem.

3-ABORDAGEM SOCIAL-COGNITIVA DAS ETAPAS DE MUDANÇA

Para alcançar os seus objetivos, a mensagem de saúde deve incorporar ao modelo de etapas, a perspectiva da teoria sócio-cognitiva, segundo Maibach e Cotton (*in* MAIBACH e PARROT, 1995)

O modelo das etapas de mudança examinado no item anterior tem inúmeras importantes implicações no planejamento de mensagens de saúde, especialmente para uma análise de segmentação da audiência, de modo que se possa saber o tamanho e a composição psico-social de cada segmento de audiência visado. A literatura fornece uma rica fonte de estratégias que podem ser empregadas para estimular as pessoas a se moverem ao longo dos estágios, entre as quais a teoria social-cognitiva.

A teoria social-cognitiva (TSC) descreve o comportamento humano como sendo reciprocamente determinado por fatores pessoais internos, e ambientes nos quais a pessoa vive. As pessoas e seus comportamentos são modelados pelos seus ambientes, embora as pessoas também modelem seus ambientes pelos seus comportamentos e expectativas. A mudança de comportamento individual pode ser facilitada pela mudança de fatores pessoais e fatores ambientais que visem a encorajar o comportamento saudável, embora, em geral, as campanhas tentem mudar, principalmente, fatores pessoais ao invés de ambientais. O quadro abaixo procura representar esses fatores e sua influência recíproca.

FATORES PESSOAIS >>>>>>>>>>	<<<<<<<<FATORES AMBIENTAIS
- CONHECIMENTO	- SOCIAIS
- HABILIDADES	- INSTITUCIONAIS
- AUTO-EFICÁCIA	- FÍSICOS
-EXPECTATIVAS DE RESULTADOS	
- OBJETIVOS PESSOAIS	

COMPORTAMENTO
- FREQUÊNCIA
- CONSISTÊNCIA
- OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

Adaptado de MAIBACH e COTTON *in* MAIBACH e PARROT, 1995, p. 45.

Maibach e Cotton, (*in* MAIBACH e PARROT, 1995) propõem um método para aperfeiçoar as estratégias social-cognitivas de mudanças de comportamento: adequar as mensagens ao estágio de mudança em que se encontra o sujeito visado pela campanha. Para estabelecer essa combinação, os autores preliminarmente definem alguns conceitos relativos ao papel dos fatores pessoais na mudança de comportamento de saúde:

- **CONHECIMENTO** - é necessário para as pessoas saberem dos fatores de risco e dos meios pelos quais esses riscos podem ser reduzidos (comportamentos alternativos), embora o conhecimento não seja suficiente para motivar ou ativar o comportamento de mudança. Por exemplo, conhecer os alimentos muito calóricos, que podem levar à obesidade.
- **HABILIDADES** – a adoção de um novo comportamento de promoção da saúde requer a ativação de habilidades cognitivas, sociais, comportamentais e auto-regulatórias. Por exemplo, ter a habilidade de substituir alguns alimentos por outros, num cardápio, a fim de obter maior equilíbrio.
- **AUTO-EFICÁCIA** – Refere-se à crença da pessoa em sua capacidade de organizar e executar o curso de ação requerido para desempenhar um dado comportamento com sucesso. Num certo sentido, a auto-eficácia fica entre o conhecimento e as habilidades, a caminho dos comportamentos desejados. Inclui confiança na capacidade de regular sua motivação, processo de pensamento, estados emocionais e seu ambiente físico e emocional para alcançar objetivos

comportamentais.

Os julgamentos de auto-eficácia afetam a adoção e manutenção de comportamento de saúde através vários mecanismos:

- Escolha de comportamento – as pessoas tendem a evitar as tarefas que sentem que excedem suas capacidades, buscando aquelas para as quais se sentem competentes para desempenhar. Por exemplo, fumantes com baixa eficácia de comportamento tentam menos frequentemente deixar de fumar do que aqueles que se julgam mais eficazes;
- esforço e persistência: um forte senso de eficácia motiva as pessoas a se encorajarem totalmente nas tarefas que assumem;
- padrões de pensamento e reações emocionais, que envolvem objetivos, aspirações, visualização de efeitos bem-sucedidos versus fracassados e uso de processos de pensamento analítico para enfrentar revezes e dificuldades. As reações emocionais implicam a crença na eficácia, que afeta os padrões de pensamento que podem melhorar ou minar o comportamento de mudança.

Como acontece com as habilidades, as percepções de auto-eficácia para se envolver em comportamentos de saúde sofrem a influência do processo de comunicação. Dessa forma, a percepção de auto-eficácia pode ser alterada por quatro tipos de influência: a) experiências de domínio de desempenho; b) experiências vicárias (aprendizagem observacional); c) persuasão verbal visando as capacidades e c) influências de estados psicológicos e afetivos.

a) As experiências de domínio do desempenho constituem o meio mais direto de melhorar a auto-eficácia: trata-se de a pessoa tentar e ser bem sucedida no desempenho do comportamento em questão, mesmo que seja em condições controladas, melhorando as chances em situações mais difíceis.

b) Informação vicária de eficácia – por meio de ilustrações em imagens pode-se ter um impacto poderoso nas crenças de eficácia do observador. Mensagens de saúde podem melhorar as percepções

de eficácia apresentando modelos de sucesso do comportamento. Os modelos devem estar de acordo com a audiência, demograficamente e comportamentalmente.

c) Informação persuasória da eficácia – mensagens de saúde persuasivas podem ser usadas para melhorar a auto-eficácia dos membros da audiência, destacando suas habilidades existentes e experiências relevantes. Esse tipo de informação pode auxiliar os receptores a focalizarem (ou seja concentrarem-se) e utilizarem suas forças existentes.

d) Informação de eficácia psicológica e afetiva – as mensagens de saúde podem encorajar a reinterpretação das emoções de medo, ansiedade, interpretando-os positivamente.

Os autores salientam as expectativas de resultado:

“As pessoas desenvolvem suas expectativas por uma combinação de experiência direta, aprendizagem observacional e comunicação persuasiva. As mensagens de saúde que conseguem estabelecer novas expectativas de resultados positivos ou reforços ou expectativas positivas existentes, pela demonstração ou persuasão, têm probabilidade de aumentar a motivação das pessoas para se engajarem em comportamentos de saúde relevantes”.

Os objetivos pessoais são grandes fontes de motivação para a mudança de comportamento e manutenção. Mensagens que encorajam as pessoas a estabelecerem objetivos pessoais podem ter um forte efeito motivacional. Objetivos de curto prazo são mais efetivos que os de longo prazo, sendo difícil monitorar o processo em objetivos de longo prazo.

FATORES SOCIAL-COGNITIVOS E SUA INFLUÊNCIA NAS ETAPAS DA MUDANÇA

Maibach e Cotton, como vimos, recomendam a integração da teoria social cognitiva com o modelo de etapas para fins de planejamento de mensagens de saúde. Eles consideram que os fatores pessoais têm importantes implicações para a probabilidade de promoção de mudança de comportamento sustentada. O quadro abaixo ilustra quais fatores pessoais são importantes nos vários estágios de mudança, propondo-o como guia de planejamento de mensagem e da intervenção.

FATORES SÓCIO-COGNITIVOS QUE ENCORAJAM A MUDANÇA DE UM ESTÁGIO PARA O PRÓXIMO

DA PRÉ-CONTEMPLAÇÃO À CONTEMPLAÇÃO	DA CONTEMPLAÇÃO À PREPARAÇÃO	DA PREPARAÇÃO À AÇÃO	DA AÇÃO À MANUTENÇÃO
CONHECIMENTO SOBRE RISCO			
EXPECTATIVA DE RESULTADO	EXPECTAT. DE RESULT.	EXPECTAT. DE RESULT.	EXPECTAT. DE RESULTADO
COMPORTAM. DE RISCO - FÍSICO (-)		-REFORÇO SOCIAL DO NOVO COMPORT.	-REFORÇO AUTO-AVALIATIVO DO NOVO COMPORTAM.
COMPORTAMENTO ALTERNATIVO - FÍSICO (+) - SOCIAL (+)	COMPORTAM. ALTERNAT. -FÍSICO (+) - SOCIAL (+) -AUTO-AVALIAÇ. (+)		
	AUTO-EFICÁCIA: -REDUZIR COMPORT.DE	AUTO-EFICÁCIA: -ADOTAR OS COMPORTAM.	AUTO-EFICÁCIA: -SUPERAR RETROCESSOS

	RISCO OU	ALTERNATIVOS	
	-TENTAR COMPORT. ALTERNAT.		
		HABILIDADES:	HABILIDADES:
		-RESTRUTURAÇÃO AMBIENTAL	- PREVENÇÃO DE RECAÍDAS
		- PLANEJAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
		OBJETIVOS PESSOAIS:	OBJETIVOS PESSOAIS:
		-ESTABELECE OBJETIVOS PRÓXIMOS PARA ADOTAR COMPORTAM. ALTERNATIVOS	- MONITORAR O PROGRESSO
			-EXPANDIR OS OBJETIVOS

Fonte: Maibach, E.W.; Cotton, D. (in MAIBACH e PARROTT, 1995)

**FATORES DE INFLUÊNCIA PESSOAL PARA MOVER AS PESSOAS ATRAVÉS DOS
ESTÁGIOS DE MUDANÇAS**

MOVIMENTO DE PRÉ-CONTEMPLAÇÃO PARA CONTEMPLAÇÃO

Pré-contempladores geralmente ignoram ou rejeitam sugestões orientadas para a ação. São mais prováveis a responder positivamente às mensagens que encorajam o auto-exame do que mudança de comportamento. Por isso, melhorar o conhecimento dos pré-contempladores sobre riscos e expectativas e resultados em torno dos comportamentos de risco, personalizando os riscos são estratégias – chave para encorajar o movimento para os estágios subsequentes.

As mensagens devem enfatizar os atributos positivos do comportamento alternativo e encorajar a reavaliação das expectativas de resultado envolvendo a nova informação positiva.

MOVIMENTO DE CONTEMPLAÇÃO PARA PREPARAÇÃO
--

“As pessoas em contemplação estão conscientes da necessidade de adotar um comportamento mais saudável, mas não estão prontas a adotar a ação; (...) os contempladores podem estar num estado de distress como resultado do reconhecimento de seu problema e de não terem habilidades emocionais, cognitivas ou comportamentais para adotarem um esforço de mudança efetiva (...) na ausência de estímulo específico de mudança o estágio de contemplação pode tornar-se crônico para muitas pessoas. A fim de ajudar as pessoas a saírem desse estágio, os contempladores precisam ser encorajados especificamente a considerarem a mudança em algo neles mesmo. Além disso, devem ser encorajados a ganhar experiência com a mudança. Isso pode ser obtido tentando o novo comportamento (pelo menos uma vez): tentando uma aproximação do comportamento, abster-se do comportamento de risco numa ocasião específica ou parcialmente substituindo o novo comportamento pelo comportamento de risco (MAIBACH e COTTON, in MAIBACH e PARROT, 1995, p. 56)

EXPECTATIVAS DE RESULTADOS – É útil examinar os comportamentos de risco e pesá-los em seus custos e benefícios, de modo que estes últimos sejam mais destacados (pelo menos em longo prazo).

“Consequências sociais e auto-avaliativas positivas podem ser particularmente importantes para mover as pessoas além desse estágio. (...) mensagens de intervenção no estágio de contemplação devem continuar a promover novas expectativas de resultados positivos e reforçar as expectativas positivas existentes (...)”.

Os contempladores devem começar a se verem capazes de comportamentos de mudança. Essas percepções de capacidades vão, por sua vez, melhorar as expectativas de resultado positivo e motivação para a mudança. Assim, a melhora de auto-eficácia é outra estratégia-chave para mover as pessoas do estágio de contemplação para o da preparação.

MOVIMENTO DE “PREPARAÇÃO” PARA A “AÇÃO”
--

Na mudança para além desse estágio, as pessoas precisam manter sua motivação e construir seu repertório de comportamentos alternativos mais saudáveis. É preciso adquirir habilidades e confiança no uso dessas habilidades em situações variadas. Pode ser necessário reestruturar o ambiente, removendo estímulos ao antigo comportamento e instalar estímulos em apoio ao novo.

Há uma série de habilidades necessárias para mudanças de comportamento na fase da ação, as quais podem ser objetos da mensagem de saúde. Por exemplo, é preciso saber como reestruturar o ambiente pessoal e social. Neste caso, as mensagens devem instruir e encorajar as pessoas sobre a reestruturação dos ambientes. Saber como enfrentar os obstáculos às mudanças de comportamento, assim as mensagens devem encorajar a identificar os obstáculos e planejar soluções para eles. É importante também ter habilidades para estabelecer objetivos comportamentais apropriados, estabelecer séries de claros objetivos de curto prazo é muito motivador. As mensagens devem, portanto, encorajar o estabelecimento de objetivos de mudanças específicos e instruir sobre os modos apropriados para

estabelecer objetivos adicionais.

Um forte sentido de auto-eficácia é também crucial para mover-se nesse estágio. As pessoas que se sentem altamente eficazes têm mais chances de fixar objetivos de mudança de comportamento e aplicar seu conhecimento e habilidades efetivamente na busca desses objetivos. Uma queda na auto-eficácia nesse estágio vai desencorajar o estabelecimento de metas e pode levar as pessoas a reavaliarem suas motivações. Reavaliação nesse estágio é disfuncional porque excessiva: reavaliação agora, em lugar de enfrentamento de tarefas ou solução de problemas, está associada ao fracasso da mudança.

As mensagens no estágio de ação devem promover a melhora da auto-eficácia. Onde forem possíveis, essas mensagens devem amparar a auto-eficácia para enfrentar situações específicas e outros obstáculos que é provável que as pessoas encontrem em seus esforços de mudança.

MOVIMENTO DA AÇÃO PARA A MANUTENÇÃO
--

Neste estágio encontramos as seguintes características de comportamentos:

- as pessoas praticam o novo comportamento há meses;
- o maior objetivo é manter a motivação e, ainda, fortalecer o hábito são importantes para que permaneça parte do repertório comportamental;
- e, o fracasso representa uma ameaça.

Nessa etapa, as mensagens devem encorajar o refinamento das habilidades, especialmente as que evitam o fracasso e favorecem o enfrentamento produtivo dos obstáculos para evitar o fracasso total. A preocupação das mensagens deve ser manter o senso de auto-eficácia para enfrentar

obstáculos e enfatizar o reforço externo e interno (auto-avaliações, prêmios a si mesmos) para atingir metas. As mensagens devem, ainda, encorajar as pessoas a se sentirem bem consigo mesmas quando progredirem em direção a seus objetivos específicos, em face das tentações, uma vez que os sentimentos de perda com relação ao comportamento de risco podem ser fortes. Por isso, as mensagens devem explicitar ou reiterar as conseqüências positivas concretas e auto-avaliativas da mudança de comportamento.

4 - APELOS AO MEDO EM CAMPANHAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Hale e Dillard (*in* MAIBACH e PARROTT, 1995) afirmam que não há um consenso entre praticantes de comunicação em saúde, nem entre cientistas sociais sobre a utilidade do uso de mensagens baseadas no medo. Para esses autores, conteúdos eliciando medo produzem um impulso (estados corporais, estímulo ou ansiedade), o qual resulta em alguma resposta em geral. Mas, as explicações discordam sobre as respostas gerais que o impulso produz. As explicações de impulsos originais diziam que o conteúdo geraria medo das conseqüências negativas mostradas na mensagem e, assim, favoreceriam adesão às recomendações da mensagem. Por outro lado, as explicações de resistência mostraram que o menor medo da mensagem levava a um melhor desempenho, enquanto mensagens de medo moderado engatilhavam negação defensiva, ou seja, aumentavam a tendência a ignorar ou a negar as conseqüências negativas mostradas na mensagem.

Uma explicação final propõe que mensagens de pouco medo seriam ineficazes, bem como as de alto medo, sendo as mais efetivas as de medo moderado. No entanto, mantendo a ambigüidade dessa questão, já referida, revisões quantitativas da literatura descobriram uma relação positiva entre mensagens de medo e persuasividade.

MODELOS DE RESPOSTA PARALELA

Leventhal (1971, *apud* HALE e DILLARD, *in* MAIBACH e PARROT, 1995) acredita que apelos ao medo deflagrariam dois processos: a) a emoção de medo e necessidade de administrar o medo e b) o desejo de eliminar o medo colocado pela mensagem. Assim, os alvos deveriam se engajar no controle do medo e no controle do perigo apresentado na mensagem. Cientistas observam que o modelo de Leventhal não explicita as condições nas quais o alvo optaria pelo controle do medo, do perigo ou de uma combinação de ambos.

Para Witte (1992, *apud* HALE e DILLARD, *in* MAIBACH e PARROT, 1995), numa mensagem de medo alto, o resultado dependeria da eficácia das recomendações da mensagem. Se as recomendações oferecessem um método efetivo para eliminar o resultado negativo, então o sujeito acederia às recomendações.

Rogers (1975, *apud* HALE e DILLARD, *in* MAIBACH e PARROT, 1995) propôs a explicação da motivação para a proteção, segundo a qual os resultados persuasivos seriam uma função multiplicativa de: a - severidade da ameaça, b - vulnerabilidade do alvo à ameaça, c - a eficácia da resposta. No caso de uma das variáveis ser zero, o apelo ao medo será inefetivo. Ele ignorou a emoção medo e focalizou a noção de ameaça: a nocividade combinada às outras variáveis seria suficientemente persuasiva, provocasse ou não medo. Em face da evidência invalidando seu modelo original, propôs um modelo alternativo, em que nocividade, vulnerabilidade, eficácia pessoal e eficácia da resposta exerceriam influências aditivas na concordância do sujeito com as recomendações da mensagem de risco.

Sumarizando a pesquisa de apelo do medo, pode-se dizer que os dados disponíveis são

inconsistentes com as explicações para os efeitos de apelos de medo. Três revisões quantitativas mostram evidências confiáveis de que o medo é persuasivo, mas também demonstram que a relação entre medo e persuasão é complexa. A questão mais adequada hoje é: se os apelos ao medo são efetivos, como devem ser planejados?

PLANEJANDO APELOS AO MEDO

A ESTRUTURA DE APELOS AO MEDO

Apelos ao medo efetivos incluem duas categorias gerais de componentes: os de ameaça e os de ação. No caso dos componentes de ameaça, os apelos ao medo efetivos despertam a emoção do medo. Apelos ao medo efetivos devem incluir uma ameaça de danos físicos ou sociais severos e personalizar o risco. Em relação aos componentes de ação, estes estão relacionados às recomendações comportamentais feitas no apelo. Há dois componentes: eficácia pessoal e eficácia da resposta.

1. eficácia pessoal: refere-se à percepção do sujeito de que ele tem a habilidade de seguir as recomendações da mensagem. Enfatiza-se a facilidade/simplicidade das medidas de prevenção, como por exemplo, considerar as habilidades para prevenir a ameaça. Assim, num programa sobre alimentação, indicar que o sujeito é capaz de substituir um alimento calórico por outro menos calórico.

2. eficácia de resposta: é a habilidade ou capacidade da recomendação contida na mensagem de eliminar ou reduzir a ameaça exibida. Neste caso, é preciso deixar claro a efetividade das respostas recomendadas. Numa campanha contra a obesidade, por exemplo, deve-se deixar claro que a combinação exercícios físicos regulares e alimentação equilibrada são suficientes para o controle do peso, na maioria das vezes.

ORGANIZANDO A MENSAGEM

Um apelo ao medo deve incluir: a) uma ameaça severa, b) a vulnerabilidade do sujeito à ameaça, c) a eficácia pessoal e d) eficácia da resposta. Recomenda-se organizar a mensagem no padrão problema-solução: a parte problema deve incluir a ameaça e os argumentos que incrementam a percepção de vulnerabilidade à ameaça. A porção solução, ainda, deve recomendar soluções para evitar a ameaça e demonstrar a eficácia pessoal e a eficácia de resposta.

CLAREZA DO APELO

Há pesquisadores que concluem que o caráter vívido da mensagem é positivo e outros que os seus efeitos não são comprovados.

ENQUADRANDO O APELO

Enquadramentos de perda. Enquadramentos de perda apresentam o fracasso no desempenho da resposta recomendada em termos de perda de oportunidade ou conseqüências negativas aumentadas.

Já no enquadramento de ganho, encontramos o desempenho da resposta recomendada em termos de ganho de oportunidade ou diminuição das conseqüências negativas.

Estudos mostram que enquadramentos de perda são mais efetivos do que os de ganho, imediatamente e no médio prazo. A partir dessa pesquisa, parece que os apelos ao medo devem enfatizar as conseqüências negativas ao invés das positivas em relação a seguir ou não a resposta recomendada.

USO INEFETIVO DE APELOS AO MEDO

Participantes voluntários nas pesquisas são mais sensíveis a apelos de alto medo do que não voluntários, os quais se engajariam em reação, processo psicológico que ocorre quando uma pessoa sente que sua liberdade para agir está sendo restringida. O resultado é que o indivíduo recusa-se a seguir as recomendações de mensagens, num esforço para recuperar liberdade perdida.

Esses resultados mostram que os apelos ao medo são uma estratégia pobre para uma audiência de não voluntários. Os apelos de medo seriam melhores para apresentações públicas em que a participação não foi compelida ou para conversações explicitamente iniciadas pelo sujeito alvo de apelo, ou seja, situações de liberdade dos sujeitos, em que eles se envolvem de livre e espontânea vontade.

A IDADE DA AUDIÊNCIA VISADA

Apelos ao medo são mais efetivos para audiências mais velhas. As pessoas mais jovens sentem como se a morte ou a doença só acontecessem aos mais velhos ou a outros jovens, não a eles próprios.

O impacto da idade na persuasividade de apelo ao medo ajuda a explicar porque tantos apelos de medo para promover boa saúde são inefetivos.

ANSIEDADE DOS SUJEITOS

Pessoas ansiosas são chamadas evitadoras, de modo que, para elas, as mensagens de alto medo não são mais persuasivas do que mensagens de medo baixo. As demais pessoas são enfrentadoras e para elas mensagens de alto medo são mais efetivas do que as de baixo medo. Como a ansiedade personalizada é incomum, apelos ao medo seriam eficazes para audiências de massa.

Hale e Dillard concluem que apelos ao medo têm um enorme potencial persuasivo e podem promover melhor saúde e sua efetividade depende da estrutura da mensagem. Para eles, com base nas pesquisas, apelos efetivos de medo devem incluir:

- ameaça severa
- sugestão de que o alvo é vulnerável
- soluções fáceis de desempenhar e efetivas
- usar o formato problema-solução
- conteúdo vívido enquadrado negativamente
- considerar a idade do público
- processamento por voluntários

5 - APELOS POSITIVOS EM CAMPANHAS DE SAÚDE

O tema dos apelos positivos foi investigado por Monahan (*in* MAIBACH e PARROT, 1995), que considera que embora apelos ao medo e apelos racionais afetivamente neutros tenham dominado as campanhas de comunicação pública, o oposto é verdadeiro para a publicidade comercial. Anúncios comerciais tendem a evitar afetos negativos e argumentos racionais, para, ao invés disso, focar suas mensagens no lado positivo da vida. As pesquisas mostram consistentemente que anúncios que despertam emoções positivas resultam num sentimento mais positivo em relação ao produto e maior tendência a concordar com a mensagem.

AFETO POSITIVO

Afeto é um termo genérico para sentimentos e emoções. Sentimentos positivos são reações subjetivas fracas, essencialmente agradáveis, como atração e gostar. Segundo Monahan, há dois tipos de mensagens afetivas:

- apelos emocionais aos benefícios – incorporam elementos racionais e afetivos;
- e, apelos heurísticos – apóiam-se primariamente no afeto.

Os apelos heurísticos utilizam uma abordagem mais indireta para alcançar pessoas que não têm tempo, habilidades ou motivação para avaliar os atributos e benefícios de uma campanha. Neste caso, as campanhas usam arte e música para evocar um imaginário positivo ou um clima favorável e, é no clima ou sentimento que se espera vender a idéia, ao invés dos benefícios que podem derivar da adesão à mensagem.

As pesquisas mostram que as respostas afetivas são não mediadas (são imediatas). Depois dessa resposta sentimental imediata, as reações cognitivas e afetivas interagem, resultando numa resposta específica à mensagem.

As reações afetivas são tidas como primárias, ocorrendo antes e influenciando o processo cognitivo subsequente. Dessa perspectiva, os pesquisadores crêem que primeiro nós sentimos, depois pensamos.

ATENÇÃO SELETIVA

Os apelos afetivos são muito poderosos em superar os mecanismos de defesa que as pessoas usam para filtrar a informação perturbadora, porque se dá mais atenção às emoções do que a outros tipos de mensagem e os afetos positivos são mais efetivos em vencer os filtros.

Enfim, mensagens de serviço público que são entretenedoras, atraentes, humorísticas ou dramáticas têm maior probabilidade de ter sucesso em superar barreiras como percepção seletiva e retenção seletiva, do que mensagens mais estritamente racionais. A exceção é quando a audiência se sente ameaçada por um assunto, quando o afeto positivo pode não promover a receptividade.

PROFUNDIDADE DO PROCESSO

Mensagens negativas promovem estratégias de processamento mais elaboradas e analíticas, porque informam à audiência que a situação abordada é problemática. Já as mensagens positivas alimentam bons sentimentos e estratégias menos elaboradas, de bem-estar ou conforto. E, ainda, deflagram o chamado processamento periférico, que ocorre quando a pessoa gasta pouco tempo pensando sobre a mensagem, sendo um esforço descuidado. Estas últimas podem produzir mudanças relativamente permanentes das atitudes e comportamentos sem necessariamente exigirem que o receptor se envolva em processamento sistemático muito trabalhoso. Já as mensagens de apelo aos benefícios podem ser persuasivas, independente do tipo de processamento cognitivo que evocam.

Os apelos heurísticos positivos, por outro lado, evocam respostas afetivas não diretamente relacionadas à campanha e são prováveis de resultar em efeitos menos estáveis do que os apelos emocionais de benefícios.

Se a audiência visada não tem a motivação para pensar cuidadosamente nos méritos de campanha, então as repetidas apresentações de uma insinuação positiva com a campanha pode ser um dos poucos meios de induzir uma audiência a se engajar no processamento de informação (MONAHAN, in MAIBACH e PARROT, 1995, p. 87).

A exposição múltipla a um apelo heurístico geralmente leva a um aumento do sentimento positivo sobre uma mensagem associada à insinuação visada. Essa associação pode produzir comportamentos de aproximação, facilitando uma consideração mais aberta e refletida sobre o assunto. Afetos positivos também são uma estratégia útil quando é importante ajudar indivíduos a reenquadrarem assuntos que eles não percebem como sendo salientes ou relevantes para suas vidas.

LEMBRANÇA

Avaliações de campanhas freqüentemente incluem um componente para avaliar quão memorável era a campanha para a audiência pretendida. Os estudos mostram que mensagens afetivas são mais bem lembradas do que mensagens não afetivas. O material afetivo parece ser mais bem lembrado, mas a influência da mensagem positiva nos processos cognitivos é marcante e direta, ao contrário do afeto negativo. Quando as pessoas não se preocupam com uma mensagem ou campanha, apelos positivos da mensagem podem ser uma boa ferramenta para ganhar atenção.

Em resumo, mensagens positivas frequentemente invocam afetos positivos que por sua vez alimentam a mudança de atitude. Esses efeitos são especialmente pronunciados quando o assunto é não familiar ou a audiência visada já tem sentimento positivo sobre ele. Informação positiva pode ser usada indiretamente para mudar atitudes negativas como, por exemplo, assuntos relativos ao câncer.

ADESÃO

A pesquisa sobre o papel das mensagens afetivas na adesão é rara, mas sugestiva. Sem discriminar os apelos positivos e negativos, estudos sugerem que os afetos podem ser mais eficazes para animar as pessoas para a ação do que apelos racionais.

Mensagens positivas fazem as pessoas se sentirem melhor e assim levam a aumentar a benevolência com os outros. Há, também, situações em que o afeto positivo pode prejudicar a probabilidade de adesão. Isso pode ocorrer quando há atitudes negativas preexistentes, como, por exemplo, contra o uso de preservativos.

Enfim, os pesquisadores sugerem que quando a audiência visada não tem familiaridade com o assunto, é necessário usar apelos emocionais de benefício, sob a forma de comparação, demonstração, satisfação e testemunhos.

Se a audiência estiver familiarizada com o assunto, podem-se usar apelos heurísticos ou afetivos indiretos. Humor ou outros sentimentos positivos são muito efetivos para conquistar a atenção seletiva e promover a superexposição de um tema.

Segundo os pesquisadores, quando o assunto está associado com sentimentos negativos fortes, deve-se usar muito cuidadosamente o afeto positivo. Já quando for importante apresentar o assunto sob uma nova abordagem, os afetos positivos podem ser instrumentais para alternar o enquadramento mental que a audiência emprega para compreender o assunto. Por exemplo, a adoção de uma dieta com menos calorias, pode ser apresentada no sentido positivo, destacando receitas culinárias que realçam o sabor de alimentos não calóricos.

Para aumentar a adesão a um assunto, é recomendável destacar os resultados positivos ao invés dos negativos e enfatizar o controle pelo sujeito ao invés do desamparo. Por fim, conclui Monahan, quando a audiência se encontra confusa e indecisa se obtêm os melhores resultados com afetos positivos.

EFEITOS DE APELOS DE MENSAGEM POSITIVA NA RESPOSTA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL

TIPO DE MENSAGEM	CONQUISTA DE ATENÇÃO	PROFUNDIDADE DE PROCESSAMENTO	RECORDAÇÃO	MUDANÇA DE ATITUDE	ADESÃO
APELOS HEURÍSTICOS POSITIVOS	ALTAMENTE EFETIVOS	TENDEM A ELICIAR PROCESSAMENTO MÍNIMO	RECORDAÇÃO MELHORADA PARA OS SENTIMENTOS, NÃO PARA O CONTEÚDO DA MENSAGEM.	MAIS PROVÁVEL RESULTAR EM EFEITOS FUGAZES DE CURTA DURAÇÃO	EFEITOS DESCONHECIDOS
APELOS POSITIVOS EMOCIONAIS DE BENEFÍCIO	EFETIVOS SE INCORPORAM COMPLETAMENTE HEURÍSTICO	ELICIAM PROCESSAMENTO MAIS REFLETIDO	RECORDAÇÃO É MELHORADA PARA SENTIMENTOS E MENSAGEM	RESULTAM EM EFEITOS MAIS ESTÁVEIS DE LONGA DURAÇÃO	ADESÃO AUMENTADA

Fonte: MONAHAN, J. (in MAIBACH e PARROT, 1995).

APLICABILIDADE DAS NOÇÕES À ANÁLISE

Neste capítulo, apresentamos formulações teóricas e resultados de investigações relativas ao planejamento e produção de mensagens visando à adoção de comportamentos de saúde, com o objetivo de estabelecer critérios, a partir dos quais faremos a análise dos programas de TV sobre obesidade, transmitidos pela Rede Globo.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS EPISÓDIOS

4. A EFETIVIDADE DA COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Neste capítulo aplicaremos aos programas do corpus as formulações teóricas relativas ao planejamento e produção de mensagens, como já vimos no capítulo anterior, visando avaliar as mensagens relativas aos comportamentos de saúde. A análise será feita nos episódios do quadro “Questão de Peso”, apresentado pelo médico Drauzio Varella e transmitido pela Rede Globo.

Drauzio Varella é médico cancerologista, com experiências na área de moléstias infecciosas do Hospital do Servidor Público de São Paulo; de imunologia do Hospital do Câncer (SP); e de serviço de câncer do Hospital do Ipiranga (SP); foi um dos pioneiros no tratamento da AIDS, no Brasil; tem programas veiculados pelo Canal Universitário e pela TV Senado, nos quais entrevista especialista que discutem assuntos de saúde em diferentes áreas. Em 1989, teve grande destaque na mídia com o trabalho de pesquisa sobre a prevalência do vírus HIV na população carcerária da Casa de Detenção do

Carandiru e até a desativação do presídio trabalhou como médico voluntário dentro daquela unidade prisional. Atualmente, dirige, no rio Negro, um projeto de bioprospecção de plantas brasileiras, com o intuito de obter extratos para testá-los, experimentalmente, em células tumorais malignas e em bactérias resistentes aos antibióticos.

Varella além de médico, comunicador e professor de cursinho, também é escritor. Ele já publicou oito livros sobre temas relacionados à área de sua experiência e, ainda, tem um site na internet onde reúne todo seu trabalho já prestado em texto e imagens que resumem suas experiências. No site, o médico apresenta um formato semelhante aos programas do Canal Universitário de São Paulo e às matérias produzidas para a TV Globo.

Neste trabalho vamos analisar o trabalho feito por ele em relação ao tema Obesidade. O quadro “Questão de Peso” resumiu assuntos relacionados ao tema em discussão em dezessete episódios. Vale destacar que após a veiculação de cada episódio, o mesmo ficava à disposição no site da Globo.com para acesso pelos usuários de internet.

Os episódios, dezessete ao todo, foram veiculados pela Rede Globo, durante sete meses, no período de novembro de 2004 à maio de 2005, todos os domingos no programa Fantástico. Entre janeiro e fevereiro do ano de 2005, o quadro foi suspenso devido a problemas de saúde de Drauzio Varella, que retornou em março de 2006 para encerrar a série.

Os episódios se constituíram basicamente de entrevistas com pessoas que apresentam doenças decorrentes da obesidade e especialistas da área que esclareciam algumas dúvidas sobre o assunto, todos mediados por Varella. Cada episódio do programa teve em média de dez a doze minutos de duração e abordou os seguintes assuntos: Gorduras a mais; efeito sanfona; a fome e a saciedade; fórmulas para emagrecer; obesidade infantil; como tratar a obesidade infantil; obesidade e hipertensão; cuidados com a pressão arterial; a relação entre obesidade e diabetes; saiba como se prevenir e tratar o diabetes; o drama de quem vive a anorexia; o pesadelo da bulimia; compulsão alimentar; cirurgia de

redução de estômago; a cirurgia bariátrica; e, por último, não existe milagre.

4.1. MÉTODO DE OBSERVAÇÃO

Na observação dos episódios usamos um formulário que reuniu as teorias apresentadas no capítulo anterior para melhor avaliação dos programas. Neste formulário há os principais pontos a serem abordados na formulação de uma mensagem de saúde.

O formulário se constitui de cinco critérios: a apresentação do conteúdo, a abordagem do modelo de tomada de decisões, a abordagem social-cognitiva aplicada às etapas, os apelos ao medo e os apelos positivos.

Na apresentação do conteúdo é observado se o programa adota uma abordagem persuasiva, caracterizada pela linguagem usada na apresentação do tema de saúde; se são usadas mensagens, ambientes e cenários novos para apresentar mensagens de saúde; se o programa adota mensagens, ambientes e cenários discrepantes para apresentar informações de saúde tradicionais; se instrui a audiência a prestar atenção a mensagem; se constrói a mensagem de uma forma denotativamente específica; se escolhe demonstrativos espaciais imediatos; se usa um discurso temporalmente próximo (imediato) – preferindo tempos presentes; se evita qualificadores que introduzam ambigüidade na mensagem; e, por último, se identifica as probabilidades associadas com os resultados de certos comportamentos.

Na abordagem do modelo de tomada de decisões são analisados os seguintes pontos: se o programa apresenta os riscos adequadamente, em termos qualitativos e quantitativos, de probabilidade, bem como os riscos cumulativos; e, se o programa adota um enquadramento que favoreça o sentido da

possibilidade, validade e adequação da mudança de comportamento pela audiência.

No terceiro critério, relativo à abordagem social-cognitiva aplicada às etapas, é verificado se o programa adota uma abordagem adequada a uma audiência que esteja nas etapas de Pré-contemplanção ou de Contemplanção; se o programa apresenta as habilidades necessárias à realização da mudança; e se o programa estimula sentimentos de auto-eficácia na audiência.

Já no que se refere aos apelos ao medo, é observado se o programa usa adequadamente os apelos de medo, ou seja, se enfatiza a ameaça severa da audiência visada e a vulnerabilidade dos sujeitos, se apresenta conteúdo vívido enquadrado negativamente, se apresenta soluções fáceis de desempenhar e efetivas, se usa o formato problema-solução e, se o programa indica a eficácia da resposta recomendada.

No critério dos apelos positivos, observamos se o programa cria um clima positivo, se faz insinuações positivas sobre a mudança ou sobre os resultados da mudança.

O formulário utilizado para observação dos programas é reproduzido abaixo:

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DOS PROGRAMAS SOBRE OBESIDADE:
PROGRAMA NÚMERO
I - APRESENTAÇÃO DO CONTEÚDO
A - O programa adota uma abordagem persuasiva, caracterizada pela linguagem usada na apresentação do tema de saúde?
(Usa mensagens, ambientes e cenários novos para apresentar mensagens de saúde; adota mensagens, ambientes e cenários discrepantes para apresentar informações de saúde tradicionais; instrui a audiência a prestar atenção a mensagem; constrói a mensagem de uma forma denotativamente específica; escolhe demonstrativos espaciais imediatos; usa um discurso

temporalmente próximo (imediato) – preferindo tempos presentes; evita qualificadores que introduzem ambigüidade na mensagem; identifica as probabilidades associadas com os resultados de certos comportamentos?)

Avaliação:

II - ABORDAGEM DO MODELO DE TOMADA DE DECISÕES

B – O programa apresenta os riscos adequadamente, em termos qualitativos e quantitativos, de probabilidade, bem como os riscos cumulativos?

Avaliação:

C – O programa adota um enquadramento que favoreça o sentido da possibilidade, validade e adequação da mudança de comportamento pela audiência?

Avaliação:

III - ABORDAGEM SOCIAL-COGNITIVA APLICADA ÀS ETAPAS

D – O programa adota uma abordagem adequada a uma audiência que esteja nas etapas de Pré-contemplação ou de Contemplação? (Melhora o conhecimento dos pré-contempladores sobre riscos, expectativas e resultados em torno dos comportamentos de risco, personalizando os riscos; enfatiza os atributos positivos do comportamento alternativo e encoraja a reavaliação das expectativas de resultado? Contempladores são encorajados a considerarem a mudança em algo neles mesmos, a ganhar experiência com a mudança, a tentar o novo comportamento (pelo menos uma vez), a abster-se do comportamento de risco numa ocasião específica? Os benefícios são destacados? São encorajados a se sentirem capazes de comportamentos de mudança?

Avaliação:

E - O programa apresenta as habilidades necessárias à realização da mudança? (São apresentadas as habilidades cognitivas, sociais, comportamentais e auto-regulatórias para realizar a mudança de comportamento?)

Avaliação:

F – O programa estimula sentimentos de auto-eficácia na audiência? (O programa mostra imagens e casos de auto-eficácia? Apresenta modelos de sucesso do comportamento? Os modelos estão de acordo com a audiência, demograficamente e comportamentalmente?).

Avaliação:

IV - APELOS AO MEDO
G – O programa usa adequadamente os apelos de medo? (Ou seja: enfatiza a ameaça severa da audiência visada e a vulnerabilidade dos sujeitos? Apresenta conteúdo vívido enquadrado negativamente? Apresenta soluções fáceis de desempenhar e efetivas? Usa o formato problema-solução? O programa indica a eficácia da resposta recomendada?
Avaliação:
V - APELOS POSITIVOS
H – O programa cria um clima positivo, faz insinuações positivas sobre a mudança ou sobre os resultados da mudança?
Avaliação:

Com base nessa abordagem, foi feita a avaliação qualitativa de cada programa, atribuindo E, para excelente (verifica-se em toda extensão no programa); B, para bom (verifica-se em grande parte do programa); R, para razoável (verifica-se em parte do programa) e F, para fraco (não se verifica no programa). Ao final, é somada a frequência de cada letra no item para todos os programas observados.

4.2 RESULTADOS

Apresentamos, abaixo, os resultados da aplicação dos critérios aos dezessete programas da série, os quais serão analisados em seguida.

A coluna à esquerda corresponde aos critérios avaliados e a coluna superior dos números refere-se aos episódios da série “Questão de Peso”, conforme podemos observar na tabela abaixo:

TABELA 1 – Avaliação de cada um dos programas segundo oito critérios.

Episódios/ avaliação	01	02	03	04	05	06	07	08
Apresentação do conteúdo	B	B	R	R	B	R	VÍDEO	B
Modelo de tomada de decisões – riscos	E	B	R	E	B	B	VÍDEO	E
Modelo de tomada de decisões - enquadramento	B	R	R	B	B	R	VÍDEO	B
Abordagem social- cognitiva - pré-	R	R	R	B	R	F	VÍDEO	R

contemplação e contemplação								
Abordagem social- cognitiva – habilidades	R	B	F	B	B	F	VÍDEO	B
Abordagem social- cognitiva – auto- eficácia	F	F	F	F	F	F	VÍDEO	F
Apelos ao medo	R	R	R	B	R	R	VÍDEO	E
Apelos positivos	F	F	F	F	B	F	VÍDEO	B

Episódios/ avaliação	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Apresentação do conteúdo	R	B	R	R	R	B	R	R	B
Modelo de tomada de decisões – riscos	R	B	B	B	B	B	R	R	B
Modelo de tomada de decisões – enquadramento	R	B	R	R	B	R	B	B	R
Abordagem social-cognitiva -pré-contemplação e contemplação	R	R	R	R	R	R	B	B	R
Abordagem social- cognitiva – habilidades	B	R	B	B	R	B	B	B	R
Abordagem social-cognitiva – auto-eficácia	B	B	F	R	F	F	F	F	F

Apelos ao medo	B	B	B	B	B	R	R	R	R
Apelos positivos	R	B	B	F	F	R	F	F	R

E – excelente B – bom R – razoável F- fraco

Considerando-se o conjunto das observações de todos os itens dos programas analisados, com base no formulário aplicado, foi verificada a incidência de apenas 3,125% da classificação E (categoria “Excelente”, o critério é observado em todo o programa), 38,28% classificação B (categoria “Bom”, o critério é observado em grande parte do programa), 39% classificação R (categoria “Razoável”, o critério é observado em parte do programa) e 19,5% classificação F (categoria “Fraco”, não atende ao critério).

No critério relativo à apresentação do conteúdo, no qual foi observado se o programa adotou uma abordagem persuasiva, caracterizada pela linguagem usada na apresentação do tema saúde, sete programas obtiveram a classificação “Bom”, nove programas com a classificação “Razoável” e, nenhum dos dezessete programas foi classificado como “Excelente”.

No critério correspondente à abordagem do modelo de tomada de decisões/riscos, que examina se o programa apresentou os riscos adequadamente, em termos qualitativos e quantitativos, de probabilidade, bem como os riscos cumulativos, foi possível verificar que três dos 17 programas se enquadraram na classificação “Excelente”, e quatro na classificação “Razoável”. Já os outros obtiveram classificação “Bom”.

No critério da abordagem do modelo de tomada de decisões/enquadramento, houve um equilíbrio entre oito programas que se classificaram como “Razoáveis” e oito como “Bons”.

No critério da abordagem social-cognitiva/pré-contemplação ou contemplação, em que

verificamos se o programa adotou uma abordagem adequada à audiência nas etapas de pré-contemplação ou contemplação, a maioria, doze programas foram “Razoáveis”, ou seja, atenderam ao critério apenas em parte do programa; três atenderam ao critério em grande parte do programa e apenas um classificou-se como “Fraco”, ou seja, não atendeu ao critério.

Em relação ao critério da abordagem social-cognitiva/habilidades, em que observamos se o programa apresentou as habilidades cognitivas, sociais, comportamentais e auto-regulatórias necessárias para realizar a mudança de comportamento, a maioria, dez episódios, se classificaram como “Bons”, quatro como “Razoáveis” e dois como “Fracos”.

Já no critério da abordagem social-cognitiva/ auto-eficácia, em que observamos se o programa estimulou sentimentos de auto-eficácia na audiência, treze dos dezessete programas se classificaram como “Fracos”, dois como “Bons” e um como “Razoável”. Portanto, aqui se encontra o item considerado mais crítico de todos na série.

No critério de apelos ao medo, nove programas foram classificados como “Razoáveis”, seis como “Bons” e apenas um como “Excelente”.

No último critério, relativo aos apelos positivos, nove programas apresentaram a classificação “Fraco”, quatro “Bons” e três “Razoáveis”. Como mostra a tabela 2.

TABELA 2 – Somatórios das avaliações de dezesseis programas nos oito critérios.

avaliação/ critérios	Excelente	Bom	Razoável	Fraco
Apresentação do conteúdo	00	07	09	00
Abordagem do modelo de tomada de decisões/ riscos	03	09	04	00
Abordagem do modelo de tomada de decisões/enquadramento	00	08	08	00
Abordagem social- cognitiva/pré- contemplação ou contemplação	00	03	12	01
Abordagem social- cognitiva/habilidades	00	10	04	02

Abordagem social-cognitiva/auto-eficácia	00	02	01	13
Apelos ao medo	01	06	09	00
Apelos positivos	00	04	03	09

E – excelente B – bom R – razoável F- fraco

No somatório da avaliação dos programas, referentes aos oito critérios, podem destacar aqueles que apresentaram excelente, bom, razoável e fraco desempenho em um determinado critério.

O critério de avaliação em que os programas alcançaram desempenho mais alto foi o critério da abordagem do modelo de tomada de decisões/riscos, ou seja, neste critério de avaliação três programas foram classificados como excelentes porque apresentaram os riscos adequadamente, em termos qualitativos e quantitativos, de probabilidade, bem como os riscos cumulativos. Em segundo, vem o critério “ medo” .

Já o critério da abordagem social-cognitiva aplicada à etapas/habilidades teve um bom desempenho em dez dos dezessete programas e apresentou as habilidades cognitivas, sociais, comportamentais e auto-regulatórias para realizar a mudança de comportamento.

No critério da abordagem social-cognitiva/pré-contemplação ou contemplação, doze programas obtiveram desempenho razoável.

Com desempenho fraco destacou-se o critério da abordagem social-cognitiva/auto-eficácia em que treze dos dezessete programas, ou seja, quase 80% de toda a série não mostrou imagens e casos de auto-eficácia, nem mesmo apresentou modelos de sucesso de comportamento.

Em relação ao sétimo episódio da série sobre Obesidade, está especificado na tabela como

vídeo, porque foi um episódio diferente dos demais. Neste programa uma adolescente obesa, com uma câmera de vídeo particular, narrou à própria rotina diária de forma depressiva mostrando as dificuldades, o preconceito sofrido e as crises existenciais por ser uma adolescente obesa.

O episódio não teve entrevistas, nem mesmo explicações e intervenções de Drauzio Varella. Pode ser caracterizado como um vídeo “confidência” teve duração de doze minutos.

No programa número dez, que abordou a relação entre obesidade e diabetes, o médico e comunicador Drauzio Varella causou um impacto de medo quando destacou a doença, os sintomas, a convivência do doente na sociedade atual, o dia-a-dia da pessoa e, por fim dicas de como conviver melhor com a doença. Neste caso, devemos enfatizar que, a proporção entre o tempo que o médico usou para falar da doença e o tempo que falou das dicas foi de onze minutos para um, sendo que todo o programa somou doze minutos.

No programa numero quatorze, sobre a compulsão alimentar, se mostrou uma mulher de 33 anos de idade sofrendo da doença. É acompanhada sua rotina desde o café-da-manhã até as idas à geladeira, na madrugada. A reportagem mostra, ainda, a dificuldade social e comportamental desta mulher com o excesso de peso. Após esse relato, houve orientações sobre como se tratar o comer compulsivo, os primeiros cuidados, as dicas aos portadores do comer compulsivo.

Em relação às idas à geladeira na madrugada, Drauzio Varella aborda a síndrome alimentar noturna e exemplifica com um senhor de 57 anos que há 30 sofre as conseqüências da doença.

Em ambos os casos, as dicas se referem a respeitar os horários alimentares e evitar a sensação de fome, no caso para quem se encontra fora da classificação de obeso mórbido, em que ainda há chance de evitar o grande excesso de peso. Já para quem se encontra na classificação de obeso mórbido, o tratamento indicado pelo apresentador é o da cirurgia de estômago.

Diante disso, podemos observar também que as soluções apresentadas para o problema da

obesidade são médicas, ou seja, o médico defende aquilo em que ele acredita ser “a solução”: cirurgias.

Há uma ênfase na doença e uma medicalização da série. Nos episódios da série, observamos que a doença é explicada, discutida e exemplificada e as dicas são direcionadas às pessoas que já apresentam a doença. No entanto, não observamos a divulgação explícita de mensagens de preservação da saúde, de prevenção e de condutas para garantir um estilo de vida saudável. Como já foi destacada, a série “Questão de Peso”, aparentemente, visou a um público específico: os obesos.

Além disso, enfocou o problema sem valorizar apelos positivos nem auto-eficácia, dando maior ênfase aos riscos e medo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa analisou a questão da comunicação e saúde nos meios massivos, em específico, a televisão. O programa escolhido “Questão de Peso” abordou o tema obesidade em dezessete episódios, sendo cada um com doze minutos de duração, em média, que foram ao ar todos os domingos no programa Fantástico, transmitido pela TV Globo, em horário nobre.

Dentro da televisão brasileira podemos caracterizar a série como única, levando em consideração o público alcançado, a veiculação do programa dominical em horário nobre que atinge milhões de telespectadores, a duração dos programas e o fato da iniciativa privada tratar do tema saúde.

Dentro desse contexto podemos considerar um grande progresso, apesar de um tanto tardio. A saúde, aqui no Brasil, ganhou espaço na mídia há pouco tempo, mas já vem conquistando seu próprio espaço dentro da televisão brasileira, principalmente nos canais de TV aberta, como é o caso de alguns programas matinais diários que abordam temas de saúde, na maioria deles, apenas com enfoque curativo, específico e técnico como já foi citada anteriormente a programação da Rede Mulher, Rede Record, TV Bandeirantes, Rede TV, Gazeta, TV Prevê (emissora local), SBT, etc.

Na Rede Globo, emissora analisada no presente trabalho, assuntos de saúde têm aparecido eventualmente como tema de reportagens do programa “Globo Repórter”, tratando de obesidade, memória, fitoterápicos e em matérias do programa dominical “Fantástico”.

A comunicação e saúde na série “Questão de Peso”, foi feita por um médico de grande destaque na mídia que é Drauzio Varella, conhecido e bem conceituado abordando uma questão que envolve milhões de pessoas em todo o país: a obesidade.

A série foi produzida e veiculada por uma emissora da iniciativa privada, divulgando mensagens relacionadas à saúde para um público que se enquadra na fase de pré-contemplativo e contemplativo.

Mas, a partir dos pressupostos teóricos propostos, podemos assinalar alguns aspectos que não

foram utilizados ou mal utilizados dentro de uma série de programas sobre saúde, prejudicando uma grande oportunidade para fazer a promoção de saúde.

É possível verificar em todos os episódios que o tema abordado era explorado do ponto de vista médico x paciente. Os temas propostos exploravam desde a explicação de caráter clínico do tipo de doença, como por exemplo, a compulsão alimentar.

Podemos observar também que algumas soluções apresentadas para o problema da obesidade são de caráter médico, ou seja, o apresentador defende aquilo em que ele acredita ser “a solução”: cirurgias e tratamentos, ao invés de abordagens do próprio campo da nutrição, como a reeducação alimentar ou da educação física, como os exercícios aeróbicos.

Os programas foram direcionados às pessoas que já apresentam a condição de obesidade, sem atentar àquele telespectador que não se encontra no grupo de obesos.

Os pontos que observamos sistematicamente correspondem à elaboração, linguagem, abordagem do conteúdo, instrução, encorajamento, auto-eficácia, etc.

Quanto aos pontos que observamos sistematicamente, com base na teoria, há algumas conclusões importantes:

1. Só dois critérios atingiram a avaliação “excelente” e, mesmo assim, apenas em três programas. Foram justamente aspectos negativos da abordagem, envolvendo riscos e medo. Essa avaliação elevada (embora façam parte das estratégias de persuasão em comunicação e saúde) salienta exatamente as características dominantes de série, que lhe deram certo tom ameaçador, sem oferecer compensações correspondentes em momentos mais otimistas.
2. Em continuidade a essas características, os programas obtiveram suas avaliações mais desfavoráveis no critério auto-eficácia e apelos positivos, ou seja, no

encorajamento da audiência na sua capacidade de superar os desafios e vencer o problema e nos otimistas.

Com base na teoria estudada podemos afirmar que a série fugiu aos métodos de comunicação em saúde, como por exemplo, o planejamento e produção de mensagens visando à adoção de comportamentos de saúde.

Podemos concluir ainda, que em toda a série houve uma abordagem médica, destacando casos clínicos e problemas, ao invés de oferecer estímulos e alternativas de comportamento.

Num dos últimos programas veiculados, o médico Drauzio Varella parece sugerir que a forma mais eficiente de controlar a ingestão de pouca quantidade de alimento é: a cirurgia, sem enfatizar a questão do alto risco de morte implicado nesse procedimento.

A série “Questão de Peso” criou grandes expectativas, uma vez que colocou como seu representante uma figura múltipla, de grande projeção, uma “celebridade” que é Drauzio Varella, sem contestar a excelência desse profissional, nem a boa intenção da Rede Globo, a série adotou um enfoque distante, científico, deixando passar uma oportunidade de transmitir informações e incentivos à prevenção da obesidade, reeducação alimentar e sugestões aos obesos.

Por isso, a série poderia ter sido mais bem aproveitada se tivesse existido um planejamento do programa que se restringiu, em quase todos os dezessete episódios, na abordagem clínica e jornalística.

Desde o primeiro programa, foram mostradas as dificuldades que os personagens passavam em relação à comida. A série destacava as dificuldades, os fracassos e as doenças em vez de encorajar o espectador com modelos de sucesso, mensagens de saúde, etc.

Com isso, podemos concluir que só a figura do especialista não é suficiente, são necessárias estratégias de comunicação e saúde, baseadas em teoria e em modelos apoiados por evidências de pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Arlindo. *A solução para o problema da saúde é mista e solidária*. In: **Estudos avançados Dossiê Saúde**. Edusp: São Paulo, 13 (35), 1999.

ALMEIDA, Sebastião de Sousa; NASCIMENTO, Paula Carolina B.D. e QUAIOTIB Teresa Cristina Bolzan. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista da Associação Brasileira de Nutrologia**, 2004. Disponível em http://www.abdnutrologia.com.br/menu_artigos/95.htm. Acesso em 24/06/2004

Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, pp 386.

ANDI, **Saúde em pauta**, 2003.

BORTOLIERO, S.T. **Comunicação para a saúde: A intrínseca relação entre as formas de divulgação da saúde na mídia e a crise no setor**. XXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Intercom 2000.

BARTHES, Roland. **O óbvio e o obtuso: ensaios sobre fotografia, cinema, pintura, teatro e música**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BELTRÁN, L.R. La importância de la comunicación en la promoción de la salud. In: MELO, J.M. M., EPSTEINS, I.SANCHES, C; BARBOSA, S. (orgs.) **Mídia e Saúde**. Adamantina: UNESCO/UMESP/FAI, 2001.

BERGES E LUCKMANN, Peter L. e Thomas. **A construção social da realidade**. Ed. Vozes, 23ª Ed., 2003

CABESTRÉ, S. A . **A divulgação de informações sobre a AIDS na imprensa**. In: IV CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 2001, Vitória: UNESCO/UMESP/FAESA, 2001

CARVALHO, Nelly de. Publicidade. **A linguagem da sedução**. São Paulo: Editora Ática, 1996, p.10.

CASTELLS, M., **A sociedade em rede – A era da informática: economia, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

Constituição federal, cap. V, art. 220.

DAMIANI, D.; CARVALHO, D.P. & OLIVEIRA, R.G. Obesidade na infância- um grande desafio!. *Pediatria moderna*, 2000; 36 (8): 489-523 *apud* NAKANDAKARE, Danilo. **Obesidade de causa exógena em crianças com faixa-etária pré-escolar**. 2000, 29 f. Monografia de Residência Médica da Disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina do ABC (Santo André-SP).

DE FLEUR, Jr., Melvin e BALL-ROKEACH, Sandra. **Teorias da comunicação de massa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1995.

DUARTE, Adriano Rodrigues. **Comunicação e Cultura – a experiência cultural na era da informação**. 2ª Ed. Lisboa: Presença, 1999.

ECO, Humberto. **A estrutura ausente**. 7. Ed. São Paulo, Perspectiva, 1997.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1980.

ESTUDOS DA UNIFESP COMPROVAM QUE PROPAGANDA NA TV PODE INDUZIR À OBESIDADE INFANTIL. Assessoria de Imprensa, UNIFESP, Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/ass-imp/>. Acesso em: 18/08/2005.

FELIPPE, Flávia. **A Cultura do comer na sociedade de consumo**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

FERRARA, Lucrecia. “A ciência do olhar atento ”. In: **Olhar periférico**. São Paulo: EDUSP e FAPESP, 1993.

FILHO, Ciro Marcondes. **Quem manipula quem?** 5ª Edição. Petrópolis: Vozes, 1992.

FREIRES M. e SOARES, M.C. Rádio e saúde. In: MELO, J.M. M., EPSTEINS, I..SANCHES, C; BARBOSA, S. (orgs.) **Mídia e Saúde**. Adamantina: UNESCO/UMESP/FAI, 2001

HALE, J.H.; DILLARD, J.P. Fear appeals in health promotion campaigns: too much, too little, or just right? *In*: MAIBACH, E.; PARROT, R.L. (eds.) **Designing health messages**. Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage, 1995. P. 65-80.

HOHLFELDT, Antonio e outros. **Teorias da Comunicação**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

HOLTGRAVE, D.R.; TINSLEY, B.J.; KAY, L.S. Encouraging risk reduction: a decision-making approach to message design. *In*: MAIBACH, E.; PARROT, R.L. (eds.) **Designing health messages**. Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage, 1995. P. 24-64.

IWASSO, Simone. Nos programas infantis, anúncios que engorda. **O Estado de S.Paulo**, editoria Vida &, 20/01/2005, p.A10.

JANSEN , Roberta. **Obesidade afeta uma em cada dez crianças no mundo**. O Globo. Rio de Janeiro, 14/05/2004. Disponível em:
http://www.jornalexpress.com.br/noticias/detalhes.php?id_jornal=5981&id_noticia=391 Acesso em 24/06/2004.

JOUVE, Vicent. **A leitura**. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

Lei nº 8078/90 Código de Defesa do Consumidor.

LEVENTHAL, H. Fear appeals and persuasion: the differentiation of a motivational construct. **American Journal of Public Health**, n. 61, 1971 p. 1205-24.

LIMA, Edvaldo Pereira. **Páginas Ampliadas**. 2ª Ed. Campinas: Unicamp, 1995.

LIMA, Venício A. de. **Mídia: teoria e política**. São Paulo: P. Abramo, 2001.

LIPOVETSKY, Gilles. **O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas**. Trad. Maria Lucia machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 188.

LOPES, Maria Immacolata Vassalo de. **Pesquisa em comunicação**. Ed. Loyola, 7ª Ed. 1990.

MAIBACH, E.; PARROT, R.L. (eds.) **Designing health messages**. Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage, 1995.

MAIBACH, E.W.; COTTON, D. Moving people to behavior change: a staged social cognitive approach to message design. *In*: MAIBACH, E.; PARROT, R.L. (eds.) **Designing health messages**. Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage, 1995. P. 41-64.

MAURENZA DE OLIVEIRA, Elizabeth Castro. **Proyecto Comalud para a América Latina: uma análise crítica**. 2002. 240f. Tese (Doutorado em Comunicação Social) - Universidade Metodista de

São Paulo, São Bernardo do Campo.

MCLUHAN, Marshall. **Os meios de comunicação como extensão do homem**. São Paulo: Cultrix, 1995.

MENDES, E.V. “As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal”. In: MENDES, E.V. (org) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MIÈGE, Bernard. **O pensamento comunicacional**. Editora Vozes, Petrópolis; 2000.

MILANEZ, I. AP. e SOARES, M.C., **A temática de saúde nos meios massivos**. Cd-Room. V COMSAÚDE. São Bernardo do Campo: CÁTEDRA UNESCO/UMESP, 2001.

MONAHAN, J.L. Thinking positively: using positive affect when designing health messages. *In*: MAIBACH, E.; PARROT, R.L. (eds.) **Designing health messages**. Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage, 1995. P. 81-98.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2000.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1994.

MORIN, E. **Cultura de massas no século XX**. Rio de Janeiro, Forense Universitária: 1975.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais, investigações em psicologia social**. Petrópolis, Vozes; 2003.

NETO, Antonio Fausto. Percepções a cerca dos campos da saúde e comunicação. In: PITTA, Áurea M. R. (org.) **Saúde e Comunicação**. Hucitec/Abrasco: São Paulo, 1995.

NETO, Antonio Fausto. **As estratégias discursivas para difusão das políticas públicas no Nordeste – a literatura de cordel como estudo de caso**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: UFTJ, 1992, Mimeo

PARROTT, R.L. Motivation to attend to health messages: presentation of content and linguistic consideration. In: MAIBACH, E.; PARROT, R.L. (eds.) **Designing health messages**. Approaches from communication theory and public health practice. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage, 1995. P. 7-23.

PEIRCE, C.S. **Semiótica e filosofia**. São Paulo: Cultrix, 1972.

PÉNINOU, G. **Semiótica de la publicidad**. Barcelona: Gustavo Gili, 1976.

PINTO, Milton José. **Comunicação e discurso**. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

ROGERS, R.W. A protection motivation theory of fear appeals in attitude change. *Journal of Psychology*, n. 91, 1975, p. 93-114.

SANTOS, Milton. **Técnica Espaço Tempo. Globalização e o meio técnico-científico-informacional**. HUCITEC: São Paulo, 1998.

SARTORI, G. **Homo videns, televisão e pós-pensamento**. Bauru, Edusc: 2001.

SARTORI, Giovanni. “**Videopolítica**”. In: Revista italiana di scienza política. (2), 1989.

SILVA, Erotilde Honório. A saúde na mídia – **Quando o Jornal fala de alimentação**. Anais da VII Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde (COMSAÚDE). Olinda (PE) Aeso, 2004.

SILVEIRA E PESSONI, Sacha, Arquimedes. **Obesidade como pauta nos suplementos jornalísticos infantis: presença subliminar ou ausência premeditada?** COMSAÚDE, 2005.

site **Meio & Mensagem**. Disponível em: <http://mmonline.com.br>

SOARES, Murilo C. **A temática de saúde nos meios massivos**. Anais da Comsaúde: Comsaúde, 2002.

SOARES, M.C. **Internet e saúde: possibilidades e limitações**. Anais da Comsaúde: Comsaúde, 2003.

TEIXEIRA FILHO, J. **Gerenciando o conhecimento**. Rio de janeiro: Senac, 2000.

Ver CIPLAN Programa e orçamentação Integrada, 1986. Sobre sistemas de Informações em Saúde no Brasil ver Moraes, I.H.S. **Informações em Saúde no Brasil: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro/ S. Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1994.

Viviane Dutra da silva, mestranda em comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. – COMSAÚDE 2005. – **Os usos do esquecimento pela mídia para a fixação de estilos de vida e hábitos alimentares**.

WITTE, K. **Putting fear baci into fear appeals: the extended parallel processo model**. *Communication monographs*, 52, 1992, p. 329-49.

WOLF, Mauro. **Teorias da comunicação**. Porto: Presença, 1995.

13ª Reunião Interamericana, a nível ministerial, sobre saúde e agricultura, 2003 – Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

www.noticias.terra.com.br/ciencia/interna.html acessado em 12.03.06.

www.noticias.terra.com.br/ciencia/interna.html acessado em 12.03.06.

www.noticias.terra.com.br/ciencia/interna.html , acesso em 14.03.06.

http://europa.eu.int/comm/health/phdeterminants/lifestyle/nutrition/plataform/launch_en.htm , acessado em 14.03.06.

site: The New York Times – Ariane Bernard, de Paris.

site: Ibope

site: Organização Mundial de Saúde