

Peritos do estilo de vida: transformando atitudes do telespectador do *Bem Estar*

Experts of lifestyle: Changing viewer's attitudes of Bem Estar television program

Marialice Nogueira Emboava¹
Simone Maria Rocha²

RESUMO

Analizamos como os especialistas em saúde do programa *Bem Estar* (TV Globo) incentivam práticas de modelagem da conduta dos telespectadores. O conceito de governamentalidade, criado por Michel Foucault e desenvolvido por seguidores como Nikolas Rose, embasa o estudo que tem modos de endereçamento e estilo televisivo como métodos. A autoridade dos especialistas, demonstrada pelo discurso, vestimenta e tom didático, solicita ao telespectador o cultivo voluntário de hábitos e comportamentos saudáveis, reforçando a máxima de governos neoliberais de que a saúde é responsabilidade de cada indivíduo.

Palavras-chave: governamentalidade, saúde, televisão.

ABSTRACT

We analyze how health experts on *Bem Estar* television show (TV Globo) encourage modeling practices of viewers' conduct. The concept of governmentality – created by Michel Foucault and developed by followers, as Nikolas Rose – underlies the study that has modes of address and television style as methods. The authority of experts – demonstrated by speech, clothing and didactic tone – asks the viewer voluntary cultivation of healthy habits and behaviors, reinforcing the neoliberal governments' maxim that health is up to individual's responsibility.

Keywords: governmentality, health, television.

Introdução

Cerca de 80% dos brasileiros com mais de 50 anos tinham a saúde como maior preocupação, em fevereiro de 2015, de acordo com pesquisa realizada pelo Ibope Inteligência (Uol Economia, 2015). Não foi surpresa.

Em março do ano anterior, o Instituto Datafolha também apontava para a saúde como a maior apreensão dos brasileiros, o que se repetia desde os levantamentos de 2008 (Instituto Oncoguia, 2014). A percepção de saúde da qual trata a primeira pesquisa é diferente da percepção da segunda – esta mais relacionada com o acesso aos serviços de saúde tanto públicos quanto privados – mas ambas evidenciam o fato de que a saúde é, na contem-

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas. Av. Dom José Gaspar, 500, Prédio 13, Coração Eucarístico, 30140-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: marialice.emboava@gmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Prédio Fafich, Pampulha, 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: rochasimonemaria@gmail.com

poraneidade, um supervalor, uma metáfora para tudo o que é bom na vida (Crawford, 1980).

Mesmo que a televisão no Brasil esteja dividindo a posição de uma das principais fontes de informação sobre saúde com a internet, como demonstram alguns estudos (Moretti *et al.*, 2012; Curioni *et al.*, 2013), é inegável a importância desse meio como fonte de informação sobre temas de saúde e medicina tanto para o público geral quanto para os profissionais de saúde (Medeiros e Massarani, 2011, p. 43). Essa constatação não é restrita à sociedade brasileira. Programas televisivos têm sido importantes, por exemplo, para estudantes de medicina da Austrália discutirem sobre a relação médico-paciente (Weaver *et al.*, 2014, p. 600). Nos Estados Unidos, uma pesquisa da Kaiser Family Foundation (2008) apontou que 26% dos entrevistados norte-americanos citaram programas na televisão como uma das três principais fontes de informação sobre saúde.

A relação entre televisão e saúde no Brasil remonta à década de 1960, quando a televisão passou a ser um instrumento de educação em que o alvo principal, segundo Natansohn (2004), foram as mulheres e a sua educação doméstica e higiênica. Nos anos 1980, marcados pelo fim da ditadura militar e do milagre econômico, novas reflexões sobre saúde pública ganham força diante do acesso desigual aos bens de saúde e da alta concentração de renda. O então novo perfil epidemiológico do Brasil mostrava a importância da taxa de mortalidade por doenças crônico-degenerativas (câncer, diabetes) e por causas externas (acidentes e violência). A relação entre saúde e comunicação, por sua vez, também ganha novos contornos diante da perda da relevância da visão biologicista e higienista da saúde pública, que cede lugar para preocupações com estilo de vida – a irrupção da Aids também impulsionou um novo pensar em saúde e comunicação (Natansohn, 2004, p. 48).

Aquela década marcaria o surgimento de programas sobre saúde na televisão brasileira cuja exibição se dá até hoje – se bem que, já nos anos 1970, programas de assuntos gerais também versavam sobre saúde. É o caso do *Dercy de Verdade* (1967-1970), programa de sucesso na *TV Globo*, comandado por Dercy Gonçalves, em que se discutiam assuntos do momento, incluindo os de saúde, como a cura do câncer (Ribeiro *et al.*, 2010, p. 111). Já o *Globo Ciência*, criado em 1984, se insere no conjunto de

programas que versavam edições inteiras sobre o tema saúde. E, antes que o nome possa causar surpresa, vale lembrar que a veiculação de temas sobre saúde no Brasil está historicamente relacionada com a divulgação científica, ou seja, à divulgação aos públicos leigos de um conhecimento especializado (Ferraretto, 2006, p. 50). Vide, por exemplo, a organização da mídia impressa, cujas matérias sobre saúde são publicadas, em geral, em editoriais de nome como *Ciência e Saúde (Folha de S. Paulo)*³.

O início do século XXI apresenta mudanças nessa arena. Tem se tornado cada vez mais evidente que programas sobre saúde na televisão se alicerçam em aconselhamentos ou, como diria Bauman (1998, p. 221), no surto do aconselhamento, distanciando-se do viés de divulgação científica. O tom do discurso é predominantemente de dicas para que o indivíduo possa cuidar da própria saúde. Há canais de TV dedicados ao assunto, como o *Discovery Home & Health* e o *Canal Saúde*, do SUS, além de programas como *Estilo e Saúde* (Record News), *Opção Saúde*, *Ser saudável* (ambos da TV Brasil) e de quadros em diversos programas como no *Hoje em Dia* (Record) e no *Fantástico* (TV Globo), entre outros.

Interessa-nos, nesse artigo, analisar como o *Bem Estar*, programa exibido diariamente pela TV Globo desde fevereiro de 2011, divulga determinados padrões de conduta que responsabilizam os indivíduos por questões antes sob a guarida do Estado. Nosso foco são os especialistas do *Bem Estar*: além de reconfigurarem o tom científico dos programas sobre saúde de outrora, eles estão intrinsicamente ligados ao governo a distância nas sociedades liberais avançadas (Rose, 1993). É para esse assunto que nos voltamos na seção seguinte.

Governamentalidade e televisão

As teorias da governamentalidade oferecem uma maneira útil de conceituar o poder da televisão (Ouellette e Hay, 2008, p. 8). Criado por Michel Foucault no curso *Segurança, Território e População*, em 1978, o neologismo governamentalidade refere-se a como o poder opera nas sociedades modernas:

³ Notícias sobre saúde podem ser publicadas em outras editoriais, como, por exemplo, caderno de cultura, ou equivalente, se envolver celebridade. Nos últimos anos, foram criados cadernos especiais sobre saúde e estilo de vida, como *Equilíbrio (Folha de S. Paulo)*, *reduzido recentemente* ou *Bem Viver (Estado de Minas)*.

[governamentalidade] é o conjunto formado pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas, que permitem o exercício dessa forma muito específica, embora complexa, de poder e que tem como seu alvo a população; por forma principal de saber, a economia política e por instrumentos técnicos essenciais, os dispositivos de segurança (Foucault, 1991, p. 102, tradução nossa).

Para Foucault (1991), o poder emana do conhecimento especializado ou do conhecimento e procedimentos associados a instituições sociais – opera em rede, distribuído através de esferas de autoridade que administram por meio de conselhos específicos, habilidades, técnicas e tecnologias. É um tipo de poder que se baseia em mecanismos difusos, como o discurso, incluindo aí não apenas os governamentais, mas também o de instituições como a mídia. O poder não é coercitivo ou exercido primeiramente pela força. Ele é realizado a distância, desde que o Estado estimule o indivíduo a usar a sua liberdade de maneira ‘correta’, de forma responsável.

Terminado o curso no College de France, em Paris, naquele ano de 1978, Foucault voltou-se para os trabalhos finais da sua produção da *História da Sexualidade*, mas continuou a organizar seminários sobre o tema governo em suas visitas a universidades dos Estados Unidos, sobretudo em Berkeley. Gordon (1991, p. 1-2) explica que, no trabalho sobre governamentalidade, em que o intelectual francês contou com o auxílio de vários colegas pesquisadores, Foucault propôs uma definição para o termo ‘governo’, em geral, como ‘conduta da conduta’: ou seja, “uma atividade com o objetivo de formar, guiar ou afetar a conduta de alguma pessoa ou pessoas” (Gordon, 1991, p. 2).

Para pensar uma grande variedade de estratégias e tecnologias para a ‘conduta da conduta’, foucaultianos como Nikolas Rose⁴ formaram, em Londres, na década de 1990, um grupo chamado “História do Presente”. Como seus colegas, Rose (1999) usa governamentalidade como uma noção ampla, que cerca programas múltiplos, teorias, estratégias, técnicas, cálculos e reflexões das autoridades diversas que procuram “conduzir a conduta” dos seres humanos para melhorar o bem-estar nacional e individual e conquistar o desejável estado de saudável, rico, feliz e tranquilo (Rose, 1999). Um dos princípios dessa analítica de poder sugerido por Rose é a rejeição ao governo como

algo centralizado, assim como propôs Foucault. Ao contrário, o poder é disperso e vem de uma multiplicidade de microlugares, originando uma rede ‘solta’ (*loose*) de diferentes atores como agências políticas, órgãos públicos, autoridades econômicas, judiciárias, médicas em consonância com aspirações e ambições de diferentes atores, como empresas, grupos de pressão, famílias ou indivíduos.

Especialistas e liberalismo

Rose e Miller (1992) argumentam que conhecimento é central para essas atividades de governo, pois governar é um domínio da cognição, de cálculos, de experimentações e de avaliações. Governar, dizem Rose e Miller (1992, p. 175), está intrinsecamente ligado às atividades dos especialistas cujo papel não é o de controle social, mas o de oferecer tentativas variadas de administração de aspectos diversos da conduta por meio de infinitas táticas de educação, persuasão, administração, incitamento, motivação e incentivo.

Há inúmeras versões para o processo em que o especialista, corporificando neutralidade, autoridade e habilidades em uma figura sábia, tornou-se tão importante em nossa sociedade. Rose e Miller (1992) relacionam o surgimento dos especialistas com transformações nas racionalidades e tecnologias de governo. O liberalismo tem o objetivo de assegurar autonomia para os indivíduos, colocando limites no exercício legítimo do poder pelo Estado. Ao mesmo tempo em que o liberalismo identifica um domínio privado fora da política, cuja autonomia deve ser preservada, ele também indiretamente tenta regular esse domínio construindo alianças com as atividades de especialistas como economistas, administradores, psicólogos, terapeutas, etc. que tentam regular ações na economia, na família, responsabilizando a pessoa individualmente (Rose e Miller, 1992, p. 187).

Em trabalho mais recente, Rose (2013, p. 44)⁵ trata da *expertise* somática que tem seu correlato nos indivíduos somáticos, isto é, seres cuja individualidade está, pelo menos em parte, fundamentada na existência corporal e que se expressam sobre si mesmos, julgam e agem valendo-se da linguagem da biomedicina. Os peritos somáticos não são apenas os profissionais da medicina, mas há muito os

⁴ Rose trabalhou, nessa época, principalmente com Tom Osborne, Peter Miller e Andrew Barry (Carvalho, 2015, p. 650).

⁵ O original em inglês de *A política da própria vida* é de 2007.

médicos têm tido uma função que ultrapassa a doença e a cura. “A medicina, por assim dizer, tem sido central para o desenvolvimento das artes de governar; não somente as artes de governar os outros, mas também as artes de governar a si mesmos” (Rose, 2013, p. 47). À medida que a busca pela saúde tem se tornado decisiva para tantos seres humanos nas democracias liberais avançadas, termo que Rose prefere a neoliberalismo, os indivíduos têm se ligado às sentenças das *expertises* médicas ou a outras alternativas paramédicas que partilham a mesma lógica. “Os médicos assumiram sua função como peritos de estilo de vida” (Rose, 2013, p. 44).

Nas sociedades liberais avançadas, a *expertise* é articulada de maneira diferente pelo *aparatus* do governo. Não se governa por meio da sociedade, mas por meio das escolhas reguladas dos cidadãos. Ou seja, para a engrenagem funcionar, o liberalismo espera que os indivíduos participem da sua própria governança e o conceito de tecnologia pastoral, de Foucault, nos auxilia a entender o processo. Assim como o pastor cuida das suas ovelhas, e as técnicas do cristianismo de examinar, confessar, guiar e obedecer faziam com que os indivíduos trabalhassem sua própria mortificação nesse mundo, o Estado liberal agiu no pastoralismo das instituições e atividades da sociedade civil para construir seu papel como provedor de bem-estar. O Estado confia o pastoralismo às instituições privadas, incluindo a mídia (Ouellette e Hay, 2008). As técnicas usadas para observar indivíduos desenvolvidas pelo cristianismo foram também úteis para a racionalidade de governo liberal.

O governo liberal autoriza e se baseia em tecnologias constitutivas de si mesmo, nas reflexões técnicas e recursos por meio dos quais os indivíduos vigiam a si mesmos como sujeitos-cidadãos “livres” (Ouellette e Hay, 2008, p. 11, tradução nossa).

Assim, para governar a distância, o Estado aposta no exercício responsável da liberdade pelos indivíduos. E, em termos foucaultianos, liberdade não é o oposto de controle – é como um indivíduo controla a si próprio exercendo ‘corretamente’ a liberdade por meio de várias tecnologias e regras de autogovernança. Foucault (1988) usou o termo *tecnologias do self* para descrever como a liber-

dade e a agência de um indivíduo são conquistas técnicas que envolvem a vigilância e o trabalho que o indivíduo deve fazer de maneira particular. Tecnologias do *self* são as práticas que os indivíduos, com a ajuda de outros ou por conta própria, realizam em si mesmos, no corpo, no pensamento, na conduta, no modo de ser para transformar a si mesmo e obter um certo estado de perfeição ou felicidade (Foucault, 1988).

Isso também se aplica à saúde, como veremos na análise do *Bem Estar*, na qual mesclamos modos de endereçamento e estilo televisivo (Butler, 2010) como métodos – ambos defendem que é no contexto cultural que os sentidos são gerados e circulados⁶. O primeiro nasce da análise fílmica e, desde o final da década de 1970, tem sido usado para a interpretação da maneira como os programas televisivos constroem sua relação com os telespectadores. Há, no entanto, certa distinção no modo como o conceito é compreendido pela teoria do cinema e pelos estudiosos da recepção televisiva. Os primeiros utilizam o conceito referindo-se às posições sociais de sujeito que os espectadores são convocados a ocupar. Os segundos entendem-no como estilo do programa, aquilo que o identifica e o diferencia dos demais (Gomes, 2007, p. 90). Observamos, aqui, uma intersecção com estilo televisivo: modos de endereçamento apontam para os recursos estilísticos como escolhas estratégicas as quais os realizadores procedem na busca por estabelecer marcas identitárias diferenciadoras de um programa. Assim como o ângulo da temática nos interessa, os hologramas e as ilustração na tela nos dizem sobre as mudanças nos hábitos da audiência e, conseqüentemente, revelam as estratégias de comunicabilidade escolhidas pela produção em face dos contextos sociais e tecnológicos (Rocha, 2013).

Dentre os recursos estilísticos fundamentais num programa, está a atuação dos apresentadores e coapresentadores. A função que eles desempenham diz muito do modo como o programa deseja dialogar com sua audiência presumida. Assim como em modos de endereçamento, na análise estilística televisiva, não há indicadores fixos para o estudo – a partir da assistência ao produto é o analista quem captará quais elementos contribuem para a configuração de um determinado endereçamento. Para compreender como o *Bem Estar* leva o telespectador a um cuidado de si, executado voluntariamente pelo indivíduo,

⁶ A matriz dos estudos culturais tem sido empregada conjuntamente com conceitos de Foucault em muitos trabalhos no Brasil na área da comunicação. Ainda assim, queremos lembrar aqui a frase de Hall (2009, p. 188): “Os estudos culturais são uma forma discursiva, no sentido foucaultiano do termo”, além do *The work of representation* em que Hall (1997) trata, entre outros aspectos, do discurso segundo Foucault.

propusemos-nos a fazer um recorte e examinar como o especialista do *Bem Estar* constrói sua relação comunicativa com o público. No presente trabalho, serão observados o discurso dos especialistas e os recursos gráficos.

O *corpus* é composto pelas edições de 02/02; 10/03; 15/05 e 01/07 de 2015, escolhidas, até certo ponto, aleatoriamente: dieta e câncer são assuntos recorrentes. O tema vacina também foi incluído, pois é uma edição cujo formato mostra, entre outros aspectos, a hibridização do *Bem Estar*. No conjunto, elas exemplificam as tendências da cobertura de saúde – mostram a relação entre a responsabilidade individual pela saúde e o sedentarismo, o tabagismo e a vida desregrada (estilo de vida) que podem ser quantificados e associados a riscos mais elevados de doença, como reforçam os estudos epidemiológicos, que influenciam as políticas de saúde pública de diversos países ocidentais, desde os anos 1970, quando essas se voltaram para a ênfase no estilo de vida saudável de cada indivíduo. Para deixar mais clara nossa argumentação, começamos apresentando o *Bem Estar*.

Saúde no dia a dia

Uma das facetas facilmente identificáveis do *Bem Estar* é a sua orientação para o cotidiano, oferecendo informações para o telespectador gerenciar a família, a casa e a si mesmo. O programa adota o conceito ampliado de saúde, o que é evidenciado pela variedade de assuntos que discute: desde como combater a oleosidade da pele a dicas para praticar exercício e perder peso, melhorando a autoestima, os níveis de colesterol e a qualidade de vida. Ou seja, o conceito de saúde empregado não se limita mais a evitar a doença ou a morte prematura, mas engloba a otimização da corporalidade para se atingir um bem-estar geral: beleza, sucesso, felicidade, sexualidade (Rose, 2001, p. 17).

Já na estreia, em 21/02/2011, o programa mostrou que se alicerçava no conhecimento especializado e reuniu *experts* de renome: o endocrinologista Alfredo

Halpern, criador da dieta dos pontos; o cardiologista Roberto Khalil, médico de políticos e ex-presidentes; a pediatra Ana Escobar, livre docente da Faculdade de Medicina da USP, o infectologista Caio Rosenthal, do Instituto Emílio Ribas, referência no Brasil na área e o preparador físico e autor de livros José Rubens D'Elia, que tem, entre seus clientes, medalhistas olímpicos de vela. Ao longo dos anos, a essa equipe foram incorporadas outras especialidades profissionais. Antecedido pelo longo *Mais Você*, programa exibido nas manhãs da Globo desde 1999, e sucedido pelo *Encontro*, estrelado pela jornalista-celebridade Fátima Bernardes desde 2012, o *Bem Estar* tem taxas de audiência medianas para a faixa horária, variando entre 5 e 7 pontos.

Influências do gênero programa televisivo de estilo de vida⁷

São comuns no *Bem Estar* quadros de transformação (*makeover shows*) que duram dois meses, mas há os que podem chegar a um ano, como o do ex-jogador de futebol Eder, que foi acompanhado por uma equipe de especialistas em saúde, em Sinop (MT), com o objetivo de emagrecer 70 quilos. Na maioria das vezes, no entanto, os personagens desses *makeover shows* não têm nenhuma visibilidade. São pessoas comuns que enfrentam problemas como todos nós e que contam com a ajuda de uma equipe de consultores multidisciplinares colocados à disposição pela emissora. Foi assim com o *Viva mais leve* (junho de 2012). Cinco pessoas obesas de diferentes regiões do Brasil foram selecionadas para tentarem perder peso com a ajuda de especialistas da TV Globo: psicólogo, endocrinologista, preparador físico e nutricionista. Já em *Meu filho não come* (junho de 2013), duas crianças com dificuldades para se alimentar bem contaram com a consultoria de uma nutricionista infantil e de um pediatra.

O ponto de inflexão na popularidade dos personagens dos quadros pode ter sido o *Afina Rocha*, série não

⁷ De acordo com Raisborough (2011), programas televisivos de estilo de vida podem ser descritos como um subgênero do TV-realidade (*reality TV*). Outro termo comumente empregado é *makeover show* (programa de transformação) que, diante da crescente importância da cultura do *makeover* (Jones in Raisborough, 2011), tem sido empregado de maneira intercambiável com estilo de vida ou usado em conjunto (dupla) com esse, assim como fez Lewis (2011), em estudo sobre globalização de estilo de vida, e Freire Filho (2009), ao analisar a colaboração da TV-realidade para a redefinição da dicotomia público/privado. Segundo Raisborough (2011, p. 7): “Este termo [*lifestyle TV*] abrange uma variedade de formatos que não só apresentam o comum/ordinário para o deleite ou horror da audiência, mas cuja tarefa principal é a sua transformação, aperfeiçoamento e gestão”.

protagonizada por uma pessoa comum, e sim pelo próprio apresentador Fernando Rocha, que, durante dois meses, fez regime para perder cerca de 20 quilos. Seu regime tornou-se também um *blog* e, de certa forma, Rocha protagonizou o que alguns pesquisadores chamam de mídia em primeira pessoa (*first-person media*), um jeito subjetivo, autobiográfico e confessional de se expressar (Hill, 2005, p. 10). Além disso, seu regime gerou matérias nos *sites* da própria Globo e em outros, como Uol/celebridades. Em parte, é a glamorização de um dos apresentadores e sua aparição em mídia externas à da Globo nos remete aos fatores exógenos sobre os quais trata Fechine (2008, p. 72) ao discutir a *performance* de apresentadores de telejornais. “O modo como os apresentadores constroem sua reputação junto ao público é, também, o resultado daquilo que se publica sobre eles em outras mídias ou até mesmo das suas aparições em outros programas”.

Talvez pudéssemos dizer que os quadros de transformação mencionados têm apenas a função de educar o telespectador, como podem fazer o jornalismo ‘tradicional’ ou mesmo os documentários ao abordar, por exemplo, a obesidade. Há um aspecto, no entanto, que faz o *Bem Estar* ser diferente do comumente apresentado nos programas noticiosos: ao disponibilizar especialistas para ‘tratar’ dos personagens das séries, quadros ou *makeover shows*, o programa intervém ativamente para resolver um problema. Suas edições realizadas ao ar livre em cidades brasileiras chamadas de *Bem Estar Global*⁸ também possuem essa característica: em parceria com entidades de classe como a Sociedade Brasileira de Endocrinologia, a Sociedade Brasileira de Angiologia e diversos conselhos profissionais, o *Bem Estar* oferece serviços de avaliação e de orientação gratuitos para a população, tais como orientação nutricional, teste rápido para diagnóstico de hepatite C, glicemia, avaliação de bruxismo, entre outros, ao longo do dia e, no horário habitual, os jornalistas-apresentadores comandam o programa ao vivo, realizado ao ar livre. Para além dos aspectos de *marketing*, o *Bem Estar* mobiliza instituições para oferecer orientações sobre saúde para a população que participa do evento nas cidades brasileiras. Não residiriam aí características filantrópicas do programa, que estaria desempenhando as funções pastorais confiadas pelo Estado a instituições como a mídia (Oullette e Hay, 2008)?

Os conselhos dos peritos

A credibilidade do programa não está totalmente a cargo de Mariana Ferrão e Fernando Rocha, os jornalistas anfitriões do *Bem Estar*: ela é compartilhada com os especialistas em saúde, que, devido à trajetória na área, convocam reconhecimento e adesão por parte do telespectador. A cada início do programa, os jornalistas apresentam os dois profissionais de saúde, que, quando médico, é sempre introduzido pelo título de doutor. Ao escolher profissionais que aconselharão o telespectador de acordo com a temática de cada edição, o programa *Bem Estar* estabelece legitimidade a essas orientações e se diferencia de outros, como o quadro *Você e o doutor*, do *Hoje em Dia* (Record), que tem um único médico apresentador, independentemente do assunto debatido.

Se o ‘uniforme’ ritualiza laços de segurança, seriedade e credibilidade (Hagen, 2009), não há dúvida de que estamos diante de especialistas em saúde que são fontes de certeza: homens e mulheres vestem jaleco branco no estúdio. O que pode mudar é o uso ou não da gravata pelos homens⁹. A conversa ao vivo no estúdio – que contribui para o sentido de verdade e credibilidade do programa (Silva, 2010) – se dá por meio sobretudo de perguntas seja do auditório virtual, como são chamados os telespectadores que enviam questões por email, seja a dos jornalistas aos especialistas, que têm a oportunidade de elucidar conceitos, explicar razões de certos sintomas, advertir sobre condutas. O comentário abaixo, da edição de 10/03/2015, trata sobre vacina, e o tema do programa deve ter sido escolhido pelos critérios de atualidade e utilidade pública, já que as campanhas de vacinação contra gripe e HPV se aproximavam:

Renato Kfour, pediatra e infectologista: *Isso [se todos se vacinam, eu não preciso vacinar meu filho] é um grande mito que a gente precisa esclarecer. O fato de uma doença não estar tão presente hoje, tão circulante graças à vacinação em larga escala que a gente utiliza, isso realmente faz com que o número de casos desapareça, diminua ou até desapareça. Isso não nos pode deixar tranquilos e não vacinar nossos filhos, porque se todos pensarem assim, voltamos a ter doença.*

⁸ Em 2015, o *Bem Estar Global* ocorreu em Florianópolis, Belo Horizonte, Belém, Vitória, Fortaleza, Campinas e Salvador.

⁹ Isso vale para nutricionistas, fisioterapeutas, médicos. Poucos fogem à regra como o cardiologista Roberto Khalil que veste a tradicional roupa branca (camisa, calça, cinto, sapatos brancos). Os psiquiatras não usam roupa branca, normalmente portam um blazer. Nesse *corpus*, os especialistas não fugiram à regra.

Volta a circular o sarampo, volta a circular a coqueluche, a poliomielite, a paralisia infantil, doença erradicada daqui das Américas. Então é um mito, nós precisamos manter a população, principalmente nossas crianças, vacinadas, porque só assim nós vamos evitar a reintrodução dessas doenças (Programa de 10/03/2015).

A construção mais formal e longa dos argumentos dá aos especialistas a posição de seriedade e de detentores do saber. O discurso da necessidade de vacinar flui sem sobressaltos, sem sobreposição de fala. Convida o telespectador-cidadão a tomar uma atitude cívica. “Quem têm doenças crônicas, às vezes, como câncer, em quimioterapia, são portadoras de deficiências imunológicas, não recebem as vacinas. As vacinas, nelas, não funcionam, e elas se beneficiam dessa vacinação em grupo, coletivas”, afirma Dr. Renato, mais adiante. Sem adentrarmos na discussão da validade ou não das vacinas, queremos sublinhar, no trecho apresentado, que o programa adere totalmente aos benefícios da vacinação, e os especialistas, por sua vez, tentam sensibilizar o telespectador por meio de explanações emocionalmente persuasivas. É uma maneira de governarem a distância ao tentar educar, persuadir e motivar o telespectador a aderir à vacinação (Rose e Miller, 1992, p. 175).

Um telão que compõe o cenário e é janela para inserções ao vivo ou para reportagens gravadas é usado para exibir imagens gráficas do corpo humano que ilustram, por exemplo, a ação da reposição hormonal nas células mamárias e sua relação com câncer de mama e ginecológico (edição de 01/07/2015). As funções que essas imagens gráficas podem desempenhar dependem das articulações entre o dizer e o mostrar, isto é, dependem das esquematizações das palavras, das imagens e do esquema global que emerge da sua combinação. Se tomarmos as três classificações para telejornais propostas por Leal *et al.* (2011, p. 61), que se vale de Munch, podemos dizer que as imagens gráficas no *Bem Estar* ora se complementam (imagens e palavras formam um conjunto) ora se tornam redundantes, pois há a dominância do dito (imagens são reduzidas a ilustrações)¹⁰. É interessante observar que, quando esse último ocorre, a repetição parece enfatizar a função didática e a intenção de ensinar.

As imagens gráficas do *Bem Estar* se tornam, assim, dispositivos de aproximação com a audiência, pois criam uma atmosfera na qual o telespectador é incluído, porque

ele pode ter a sensação de que está aprendendo algo. É também um recurso estilístico que valoriza a possibilidade de se popularizar o conhecimento. As imagens gráficas também são estratégias que contribuem para reforçar a autoridade médica, pois são os especialistas que explicam e a eles cabe o discurso da competência no programa. Eles tratam de um saber nem sempre científico, mas que participa dos critérios de autoridade do saber científico (Natansohn, 2005).

Na conversa informal que ocorre no estúdio do *Bem Estar*, as perguntas do auditório virtual e dos jornalistas ensinam, como resposta, os conselhos dos especialistas, que possuem características peculiares no *Bem Estar*: embora possam ser úteis a grande número de telespectadores, sua execução envolve somente o indivíduo. É diferente de outros programas noticiosos, em que os conselhos como solução de problema podem requerer ações que abranjam a comunidade, instituições, órgãos governamentais ou ações mais coletivas (Fursich, 2012, p. 14).

Na edição de 02/02/2015, o tema foram as desculpas ou justificativas que levam uma pessoa a parar uma dieta. O endocrinologista Bruno Halpner, a nutricionista Tânia e o apresentador Rocha simularam um jogo de cartas que foi ‘jogado’ no estúdio e também por personagens de um ‘povo-fala’, revelando o hibridismo de subgêneros que compõe o programa, que, como vimos, também emprega técnicas dos programas de transformação (*makeover shows*):

Fernando Rocha, apresentador: *Olha, gostei demais de uma dessas dicas e vou colocar na mesa uma carta que eu pretendo usar bastante nesse ano de 2015, nesse jogo da vida. Tenha outras válvulas de escape, porque às vezes você vai correr, vai praticar um esporte e pode resolver o problema. Qual outra carta, dr. Bruno, o senhor colocaria na mesa?*

Bruno Halpern, endocrinologista: *Eu acho importante essa: peça apoio. Muitas vezes, a gente pensa que perder peso é fácil. É só fechar a boca e começar a fazer atividade física. Mas, na verdade, para muitas pessoas, perder peso é uma dificuldade muito grande, porque perder peso não é simplesmente uma questão psicológica. Tem questão fisiológica. Eu sempre falo aqui. É importante. Não adianta achar que basta começar a fazer que vai funcionar. Muitas vezes, você realmente vai precisar de uma ajuda até mesmo para*

¹⁰ A terceira função seria por independência ou ancoragem mútua (o dizer e o mostrar assumem papéis separados um do outro, mas coordenados entre si).

resolver a questão psicológica. Por que não? (Programa de 02/02/2015).

O diálogo descrito acima entre Fernando Rocha e Bruno Halpner reafirma o lugar dos especialistas na saúde contemporânea. Enfatiza também a autorreferencialidade do médico, que termina por reforçar a posição desses profissionais na nossa sociedade. O endocrinologista advoga a necessidade de um endocrinologista e também de apoio psicológico aos que fazem regime, evidenciando assuntos que talvez pudessem ser resolvidos sem a assistência de um médico, mas que passam para a jurisdição médica no fenômeno descrito como medicalização¹¹.

Amigável, a conversação entre apresentador e especialista é facilitada pelo uso das metáforas. O jogo em que as 'estações de desculpas' fazem um trem não progredir na viagem evidencia um elemento lúdico do estilo televisivo do *Bem Estar* que indica a descontração, o entretenimento como estratégia para se aproximar do telespectador. O triunfo desse jogo está nas cartas. Cada uma delas tem uma dica, um conselho para cada estação de desculpa. Para a de não ter tempo de comer de três em três horas, a nutricionista explica que é necessário planejar e ensina o que comprar para não desperdiçar alimentos, como acondicioná-los, como pré-prepará-los para não perder tempo no café da manhã, etc. O recurso estilístico das legendas reforça o que o especialista diz: *faça um planejamento dos alimentos que vai consumir*, e é inserido em um retângulo azul na parte inferior da tela. Assim, ao eleger um assunto (dieta) para ser abordado no *Bem Estar*, os produtores enfocam-no problematizando certos aspectos (as desculpas para não seguir a dieta) e desenvolvem o programa tendo as dicas e orientações como solução do problema.

Ao focar as desistências das dietas sob o ângulo das desculpas, a produção do *Bem Estar* carimba o ponto de partida do programa: só é gordo quem não tiver força de vontade, ignorando qualquer contexto social e cultural. Desde que governos de diversos países começaram a se preocupar com uma possível epidemia da obesidade (ou a governamentalidade da cintura¹²), o debate público tem se voltado para a questão de *quem* ou *o que* é responsável por isso. O *Bem Estar*, no *corpus* apresentado, elegeu o próprio indivíduo. É um enquadramento bastante comum na mídia. À medida que a alimentação não saudável e a falta de atividades foram crescendo como causas da obesidade,

o papel da responsabilidade individual pela própria saúde passou a ser fortemente articulado, segundo Lawrence (2004, p. 69). Essa pesquisadora, no entanto, encontrou reenquadramentos na imprensa americana de aspectos como o próprio entendimento popular sobre a obesidade. Reconhecem-se, por exemplo, causas como redução de aulas de educação física nas escolas, falta de locais seguros para crianças brincarem ou adultos caminharem, etc. (Lawrence, 2004, p. 63, 69).

Um quadro de transformação, aparentemente sem intervenção do programa, foi exibido na edição de 02/02/2015. Uma reportagem externa mostra funcionárias de um salão de beleza de São Paulo controlando a própria alimentação (autovigilância) e também a de colegas (vigilância de outros). De maneira naturalizada e bem humorada, elas fizeram um bolão, em dezembro de 2014, e quem perdesse mais quilos em 30 dias ganharia os R\$1.500,00 arrecadados. Não é um informal *Biggest Loser*? Ou a velha competição entre amigos em que o prêmio é dinheiro? As competidoras realizaram em si mesmas – no corpo, no pensamento, na conduta – práticas para se transformarem e atingirem um certo estado de felicidade – é o que Foucault (1988) chama de tecnologias do *self*. Cerca de dois meses depois, o *Bem Estar* voltou para conferir se elas haviam mantido o peso após as festas do final de ano.

Supondo que a produção do *Bem Estar* tivesse combinado esse retorno anteriormente, as câmaras do programa, mesmo ausentes, teriam funcionado como sinópticas (muitos observando poucos) nos dizeres de Palmer (2003)? Entre as 10 funcionárias do salão que figuraram na externa de fevereiro, apenas uma voltou a engordar. Não nos foi contado o que se passou com outras participantes, mas o *Bem Estar* usualmente reforça narrativas inspiradoras, envoltas em emoção e sacrifício e, até mesmo, com pitadas de humor.

De volta para o estúdio, o endocrinologista Halpner parabeniza as competidoras, dando o estímulo positivo. Esse reforço à autoestima das 'vencedoras' vem da autoridade médica, que, de maneira sutil, também reafirma a utilidade e a eficácia do programa. É comum, embora nem sempre de forma visível, os apresentadores e os coapresentadores declararem a missão do programa, reafirmando a autoridade do *Bem Estar* em termos de saúde e corroborando com a ideia de que o programa transforma. Vejamos:

¹¹ Medicalização diz respeito ao processo e resultado de problemas humanos que entram na jurisdição médica (Conrad, 1992).

¹² Tradução nossa para *governamentality of girth*, que se refere às medidas da cintura consideradas normais para homens e mulheres (Coveney in Phillipov, 2013).

Bruno Halpern, endocrinologista: *Parabéns para elas, que fizeram um trabalho muito bom, perderam peso no fim de ano, o que é muito difícil, acho que assistiram bastante [a]o Bem Estar. E o que eu acho legal é que tem gente que perdeu 8 kg em um mês e continuou perdendo depois. Existe aquele mito de que quando você perde muito rápido, você vai ganhar em dobro rápido depois. A gente vê que não é isso que acontece. Quando você perde bem, elas se motivaram, entraram no espírito e viram: o que eu vou fazer para conseguir manter isso? (Programa de 02/02/2015).*

Definir e vigiar as metas

Em 15/05/2015, um novo profissional na área da saúde, *coach*, foi apresentado como aquele que realmente consegue ajudar alguém a emagrecer. A jornalista Mariana Ferrão, que comandou sozinha a edição, explica que *coach* tornou-se um profissional comum no meio empresarial, ajudando executivos a gerenciar carreiras, tornando empresas mais eficientes e profissionais mais preparados para superar obstáculos. *Só que agora o coach também está na área da saúde*, diz ela, revelando o visível culto à *expertise* típico da sociedade contemporânea (Waklate e Mythen, 2010). Mariana explica que o método de operar na saúde é o mesmo do meio gerencial: *o cliente deve definir objetivos e metas e, com a ajuda do coach, alcançar os resultados*. Pode soar estranho: Mariana não está falando de uma empresa. Ela fala de um indivíduo (nesse caso de dois: a comerciante Paula e a diarista Fabiana) que deverá conduzir a sua vida como uma empresa e tornar-se empreendedor de si mesmo (Warin, 2011; Ouellette e Hay, 2008; Lewis, 2007). Observemos um trecho:

Lara, *coach*: *Sim, existe realmente uma diferença [entre uma nutricionista e um coach]. E o coach não faz uma prescrição ideal de consumo, o coach faz uma parceria com o cliente pra que o cliente trace seus objetivos, aí, em função destes objetivos, a gente traça as metas e os planos de ação pra poder atingir esses objetivos. Então, juntos, eles vão traçar um caminho pra alcançar esses objetivos (Programa de 15/05/2015).*

Apresentado como novidade na área da saúde, os *coaches* podem significar um novo formato instrucional para perder peso. Cristiano Parente, *coach* da comerciante Paula, explica que, quando “elas [mulheres] começam a entender isso [processo de evolução do exercício físico], elas começam a evoluir mais rápido, porque elas se cobram, elas sentem a real necessidade, elas sentem o real entendimento em sentir dor ou não, fazer exercício, em suar”. É interessante notar que Parente expressa uma autovigilância que é consonante com as afirmações de Rich (2011, p. 7) de que as mídias de estilo de vida¹³ levam cada vez mais a fundo seu formato instrucional e de vigilância quando se trata de conhecimento sobre obesidade.

É difícil afirmar, no entanto, se a autovigilância a que se referiu Parente é muito maior do que a que comumente circula em nossa sociedade, sobretudo ao se tratar de peso corporal. Na edição de 02/02/2015, cujo tema foi dieta enfocada pelo ângulo das ‘desculpas’, como tratamos anteriormente, o endocrinologista Halpern legitima e naturaliza a vigilância não apenas por relacioná-la a pesquisas, mas também pelo seu lugar de fala, pois era um dos especialistas do programa naquele dia:

Bruno Halpern, endocrinologista: *Na verdade, a gente tem de pensar que a gente, como ser humano, tem uma natureza de gostar de ser vigiado muitas vezes. Você pode saber que é aquilo que você quer, mas se não tem ninguém te olhando, se você não tem que mostrar seu resultado para ninguém, tem uma chance grande de ah! Hoje não. Você começa com essas desculpinhas. Quando você sabe que tem um compromisso, vou mostrar para o meu médico, para a minha nutricionista, o resultado costuma ser melhor. Ela nem precisa falar algo muito diferente. Basta o fato de você ir e conversar um pouco, já ajuda muito (Programa de 02/02/2015).*

Além de dieta e seus correlatos, câncer é também tema abordado mensalmente. O programa de 01/07/2015 tratou de estilo de vida¹⁴ e sua relação com cânceres de maneira geral. Segundo o oncologista Fernando Maluf, *pelo menos de 50 a 70% dos casos [de câncer] seriam reduzidos ou eliminados se o estilo de vida fosse mais adequado*. Ou seja, o estilo de vida é apresentado ao telespectador como uma opção, uma escolha individual, um assunto ligado ao

¹³ No presente artigo, trata-se de um quadro de transformação ou *makeover show*, subgêneros da TV-realidade. Os conteúdos das mídias de estilo de vida referem-se a hábitos alimentares, receitas, etc.

¹⁴ Aqui, estilo de vida refere-se a comportamentos protetores de doenças não transmissíveis (câncer, diabetes, etc.) estabelecidos por epidemiologistas por meio de estatísticas e presentes nas propostas hegemônicas de promoção da saúde (Castiel *et al.*, 2010).

comportamento de cada um. É uma postura que reforça a ideia de que se o indivíduo adoecer é porque não fez as escolhas corretas. Crawford (1980) chamou esse fenômeno de *healthism*¹⁵, um sistema de crença que tem a responsabilidade individual pela saúde como um dos princípios. Uma das críticas de Crawford (1980, p. 385) reside no reforço da ilusão de que o empenho individual é suficiente para lidar com a saúde. É também um sistema moralista: um indivíduo com saúde deficitária, por exemplo, poderia ser resultado de comportamento e escolhas individuais inadequadas e ele poderia ser visto pela sociedade como culpado e fracassado (Crawford, 1980, p. 378).

O *Bem Estar* transcodifica os riscos à saúde em ações do cotidiano. É uma estratégia para se aproximar do telespectador e da sua vida diária e revela também o lado prático que rege o programa: as informações têm de ter utilidade no dia a dia. Ouellette e Hay (2008) usam o termo *cultivação*, apropriado aqui como a arte de burilar costumes, atitudes – tarefa que estaria a cargo da televisão, que opera no dia a dia, e, no caso do *Bem Estar*, sob a responsabilidade dos especialistas. Por outro lado, o recurso de se aproximar do dia a dia do telespectador vem acompanhado pela crença de que o conhecimento dos benefícios de atitudes saudáveis é suficiente para mudanças de comportamento, como mencionamos. Observemos um exemplo:

Fernando Rocha, apresentador: *Tá uma delícia o bolo de brigadeiro aí [na mesa de estilos de vida não saudáveis], mas eu não vou querer.*

Alexandre Ghelman, neurologista: *Exatamente. Eu queria acrescentar mais uma coisa. Quando as pessoas estão sobre demandas psicológicas, assim, estressadas, elas querem, elas vão preferir essa mesa [aponta para a de bolo, pizza, estilo de vida não saudável]. Ou seja, o doce, a gordura. Ela [o que tem na mesa] digamos, entre aspas “acalma” as pessoas. Então, elas estão se envenenando como uma forma de tentar amenizar suas emoções negativas. Então é importante que ela tenha resiliência para saber que há estratégias saudáveis para poder ter equilíbrio.*

Fernando Rocha: *Mas doutor, isso faz parte da vida real, e a vida é todo dia. Essa mesa tá bagunçada pra ficar feinha, mas na verdade ela é bonita, a pizza é gostosa, a cerveja é gelada, o bolo é cheiroso também. A gente cai matando. O que tem que fazer?*

Alexandre Ghelman: *Educar o paladar. Ouço muito as pessoas falando que só comida que faz mal é gostosa. O que*

não é verdade. Eu eduquei, por exemplo, as minhas filhas e elas pedem diariamente frutas e verduras. É aquilo que o Dr. Maluf falou, eu acho que nós temos que aprender a comer menos sal, menos açúcar, e passar a gostar de alimentação saudável (Programa de 01/07/2015).

Nesse diálogo, o médico Alexandre aconselha e aponta uma solução: *educar o paladar*, indicando que a remodelagem é possível. Ele fala não apenas como médico, mas também como pai que educou as filhas, que lhe pedem diariamente frutas e verduras. Além do saber profissional, ele também tem a credibilidade de ter vivenciado a experiência. A competência expressa em seu discurso é duplamente legitimada. Freire Filho (2009), em relação aos programas da TV-Realidade, afirma que “cada minúcia do mundo privado e da personalidade é contemplada e apresentada como suscetível de remodelagem e aprimoramento”.

Considerações

O *Bem Estar* parte do princípio de que um telespectador esclarecido estará mobilizado para conquistar ou preservar a própria saúde. É uma interpretação calcada no modelo biomédico representado pela ênfase nas prescrições dos médicos, coapresentadores que valorizam aspectos fisiológicos, bioquímicos, etc., sem levar em consideração os determinantes sociais. A perspectiva de que conhecer é suficiente para mudar o comportamento, isto é, modificar o estilo de vida de um indivíduo, é ainda predominante nos programas de promoção da saúde dos governos ocidentais (Castiel *et al.*, 2010).

A televisão, no caso do *Bem Estar*, reforça essa perspectiva e poderia ser considerada uma analítica de governo, se pensada como uma tecnologia cultural: isto é, trabalhando fora dos poderes públicos, a televisão governa ao apresentar indivíduos e populações como objetos de avaliação e intervenção e solicitando a participação deles no cultivo de hábitos particulares, comportamentos e habilidades (Ouellette e Hay, 2008, p. 13). Os especialistas em saúde têm a função, nessa engrenagem, de ensinar e explicar os fatores de risco que, no século XXI, se tornam parâmetros que redefinem nossa compreensão do que sejam as doenças. Os poderes de verdade reivindicados por uma variedade de profissionais fazem com que ajam

¹⁵ Traduzido por Nascimento (2014) como salutarismo.

como *experts* das normas sociais no governo da vida pessoal (Rose, 1993). E, como mencionamos, para tal, não há intervenção direta das autoridades, mas sim o discurso dos especialistas, entre outros mediadores do *Bem Estar*, que desperta desejos, ansiedades, expectativas e também culpa no próprio telespectador.

Nesse processo em que os especialistas ensinam e aconselham atitudes saudáveis, dois aspectos inter-relacionados se sobressaem – um é o convencimento do telespectador em aderir voluntariamente às prescrições do programa, e o outro é o delineamento da responsabilidade individual do telespectador pela própria saúde. Aqui, parafraseamos Crawford (1980, p.385) para dizer que não questionamos o valor terapêutico de se responsabilizar o indivíduo pela própria saúde. Qualquer coisa que funcione para o indivíduo não pode ser desprezada. Mas consideramos que a boa saúde é um mecanismo de governo definida por atores públicos e privados.

Por último, ressaltamos que o *Bem Estar*, ao incorporar técnicas de diversos subgêneros de estilo de vida, como quadros de transformação e jogos, etc., mostra como a televisão se reinventa, como ela estimula técnicas de auto-escrutínio em cada um de nós. A televisão, assim, traduz o caráter técnico do neoliberalismo e colabora com o governo a distância por meio de suas narrativas de mobilização, de vigilância, de autodisciplina e de aperfeiçoamento de si (Ouellette e Hay, 2008; Freire Filho, 2009; Warin, 2011).

Referências

- BAUMAN, Z. 1998. *O mal-estar da pós modernidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 276 p.
- BUTLER, J. 2010. *Television style*. New York, Routledge, 256 p.
- CASTIEL, L.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. 2010. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 134 p.
- CARVALHO, S.R. 2015. Governamentalidade, 'sociedade liberal avançada' e saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1). *Interface: comunicação, saúde e educação*, **19**(54):647-658.
- CONRAD, P. 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, **18**:209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- CRAWFORD, R. 1980. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, **10**(3):365-387. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- CURIONI, C.C.; BRITO, F.B.; BOCCOLINI, C.S. 2013. O uso de tecnologias de informação e comunicação na área da nutrição. *Jornal Brasileiro de Telessaúde*, **2**(3):104-111. <https://doi.org/10.12957/jbrastele.2013.8630>
- FECHINE, Y. 2008. Performance dos apresentadores dos telejornais: a construção do ethos. *Revista Famecos*, **36**:69-76. <https://doi.org/10.15448/1980-3729.2008.36.4417>
- FERRARETTO, E. K. 2006. Transitando enentre dois universos: a popularização do conhecimento sobre saúde. In: E. FERRARETTO, *Do universo técnico-científico ao mundo do senso comum: estratégias comunicativas e representação sobre saúde no Diário Gaúcho*. Porto Alegre, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 40-45. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6307/000528307.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20/01/2015.
- FOUCAULT, M. 1991. Governmentality. In: G. BURCHELL; C. GORDON; P. MILLER, *The Foucault effect: studies in governmentality with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. Chicago, University of Chicago Press, p. 87-104
- FOUCAULT, M. 1988. Technologies of the self. In: L.H. MARTIN; H. GUTMAN; P.H. HUTTON (org.), *Tecnologies of the self: a seminar with Michel Foucault*. Massachusetts, Cushing-Malloy, p. 16-49.
- FREIRE FILHO, J. 2009. A vida privada, modos de usar: revelações e restaurações televisivas. In: Encontro da Compós, XVIII, Belo Horizonte, 2009. *Anais...* Belo Horizonte, p. 1- 13.
- FURSICH, E. 2012. Lifestyle journalism as popular journalism. *Journalism Practice*, **6**(1):12-25. <https://doi.org/10.1080/17512786.2011.622894>
- GOMES, I. 2007. Questões de método na análise do telejornalismo: premissas, conceitos, operadores de análise. *Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação*, **8**:1-31.
- GORDON, C. 1991. Governmental rationality: an introduction. In: G. BURCHELL; C. GORDON; P. MILLER. *The Foucault effect: studies in governmentality with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. Chicago, University of Chicago Press, p. 1-51.
- HAGEN, S. 2009. *A emoção como estratégia de fidelização ao telejornal: um estudo de recepção sobre os laços entre apresentadores e telespectadores do JN*. Porto Alegre, RS. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 190 p.
- HALL, S. 2009. *Da diáspora: identidade e mediações culturais*. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 410 p.
- HALL, S. 1997. The work of representation. In: S. HALL (ed.), *Representation: cultural representations and signifying practices*. London, Sage Publications, p. 13-74.
- HILL, A. 2005. *Audiences and popular factual television*. London, Routledge, 231 p. <https://doi.org/10.4324/9780203337158>
- INSTITUTO ONCOGUIA. 2014. Saúde é a maior preocupação do brasileiro, mostra pesquisa. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/saude-e-a-maior-preocupacao-do-brasileiro-mostra-pesquisa/5346/7/>. Acesso em: 25/07/2015.

- KAISER FAMILY FOUNDATION; THE USC ANNERBERG. 2008. *How health is prime time? An analyses of health content in popular prime time television program*. California, Kaiser Family Foundation, 19 p.
- LAWRENCE, R. 2004. Framing obesity: the evolution of news discourse on a public health issue. *Press Politics*, 9(3):56-75. <https://doi.org/10.1177/1081180x04266581>
- LEAL, B.; VALLE, F.; FONSECA, B. 2011. As imagens gráficas no telejornal e as tensões entre repetição e renovação das narrativas. *Contemporânea: comunicação e cultura*, 9(1):56-66.
- LEWIS, T. 2007. "He needs to face his fears with these five queers!": Queer Eye for the Straight Guy, makeover TV, and the lifestyle expert. *Television & New Media*, 8(4):285-311. <https://doi.org/10.1177/1527476407306639>
- LEWIS, T. 2011. Globalizing lifestyle? Makeover television in Singapore. In: K. SENDER; M. KRAIDY, *The politics of reality television*. New York, Routledge, p. 78-92.
- MEDEIROS, F.N.; MASSARANI, L. 2011. A cobertura da gripe A (H1N1) 2009 pelo Fantástico. *Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, 34(1):41-59. <https://doi.org/10.1590/s1809-58442011000100003>
- MORETTI, F.A.; OLIVEIRA, V.E. de; SILVA, E.M.K. 2012. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(6):650-658. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600008>
- NASCIMENTO, L. 2014. *O autoconhecimento através dos números: as práticas de automonitoramento dos quantified selves*. Rio de Janeiro, RJ. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 347 p. Disponível em: http://www.pos.eco.ufrj.br/site/teses_dissertacoes_interna.php?tease=15. Acesso: 17/12/2016.
- NATANSOHN, G. 2004. Comunicação e Saúde: interface e diálogos possíveis. *Revista de Economia Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación*, VI(2):38-52.
- NATANSOHN, G. 2005. O corpo feminino como objeto médico e "mediático". *Revista Estudos Feministas* 13(2):287-304. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2005000200004>
- OULLETTE, L.; HAY, J. 2008. *Better living through reality TV: television and post-welfare citizenship*. Oxford, Blackwell Publishing, 245 p.
- PALMER, G. 2003. Introduction: governancy and documentary. In: G. PALMER, *Discipline and liberty: television and governance*. Manchester, Manchester University Press, p. 1-20. <https://doi.org/10.1515/cogl.2003.011>
- PHILLIPOV, M. 2013. Mastering obesity: MasterChef Australia and the resistance to public health nutrition. *Culture and Society*, 35(4):506-515. <https://doi.org/10.1177/0163443712474615>
- RAISBOROUGH, J. 2011. Being scrooge-like: an introduction to lifestyle media and the formation of the self. In: J. RAISBOROUGH, *Lifestyle media and the formation of the self*. London, Palgrave Macmillan, p. 1-24. https://doi.org/10.1057/9780230297555_1
- RIBEIRO, A.P.G.; SACRAMENTO, I.; ROXO, M. (org.). 2010. *A história da TV no Brasil: do início aos dias de hoje*. São Paulo, Contexto, 352 p.
- RICH, E. 2011. 'I see her being obese!': public pedagogy, reality media and the obesity crisis. *Health*, 15(1):3-2. <https://doi.org/10.1177/1363459309358127>
- ROCHA, S. 2013. Inovações estéticas na TV: a travessia sertão-Ilhéus de Gabriela. In: Encontro Socine, XVIII, 2013, Florianópolis. *Anais...* UNASUL, p. 619-628.
- ROSE, N. 2013. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividades no século XXI*. São Paulo, Paulus, 400 p.
- ROSE, N. 2001. The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6):1-30. <https://doi.org/10.1177/02632760122052020>
- ROSE, N.; MILLER, P. 1992. Political power beyond the State: problematics of government. *British Journal of Sociology*, 43(2):173-205. <https://doi.org/10.2307/591464>
- ROSE, N. 1999. *Powers of freedom: reframing political thought*. Cambridge, Cambridge University Press, 321 p. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511488856>
- ROSE, N. 1993. Government, authority and expertise in advanced liberalism. *Economy and Society*, 22(3):281-299. <https://doi.org/10.1080/030851493000000019>
- SILVA, F.M. 2010. *A conversação como estratégia de construção de programas jornalísticos televisivos*. Salvador, BA. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia, 342 p.
- UOL ECONOMIA. 2015. Pesquisa inédita da Pfizer revela que 77% dos brasileiros com mais de 50 anos consideram a saúde a principal preocupação na vida. Disponível em: <http://economia.uol.com.br/noticias/pr-newswire/2015/02/06/pesquisa-inedita-da-pfizer-revela-que-77-dos-brasileiros-com-mais-de-50-anos-consideram-a-saude-a-principal-preocupacao-na-vida.htm>. Acesso em: 17/12/2016.
- WARIN, M. 2011. Foucault's progeny: Jamie Oliver and the art of governing obesity. *Social Theory & Health*, 9(1):24-40. <https://doi.org/10.1057/sth.2010.2>
- WAKLATE, S.; MYTHEN, G. 2010. Agency, reflexivity and risk: cosmopolitan, neurotic or prudential citizen? *The British Journal of Sociology*, 61(1):45-62. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2009.01301.x>
- WEAVER, R.; WILSON, I.; LANGENDYK, V. 2014. Medical professionalism on television: student perceptions and pedagogical implications. *Health*, 18(6):597-612. <https://doi.org/10.1177/1363459314524804>

Submetido: 01/05/2016

Aceito: 15/07/2016