Helena Lemos Petta

**Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e atenção
primária: análise da experiência de produção da série televisiva
“Unidade Básica”**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Rodrigues
Teixeira

**São Paulo
2018**

Helena Lemos Petta

**Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e atenção
primária: análise da experiência de produção da série televisiva
“Unidade Básica”**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo
Rodrigues Teixeira

**São Paulo
2018**

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Petta, Helena Lemos
Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e
atenção primária : análise da experiência de produção
da série televisiva "Unidade Básica" / Helena Lemos
Petta. -- São Paulo, 2018.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita
Ayres.
Coorientador: Ricardo Rodrigues Teixeira.

Descritores: 1.Atenção primária em saúde
2.Comunicação em saúde 3.Saúde pública 4.Mídia
audiovisual 5.Meios de comunicação 6.Integralidade
em saúde

USP/FM/DBD-330/18

Responsável: Eidi Raquel Franco Abdalla - CRB-8/4901

Aos meus pais, Augusto e Tide

Aos meus amores Adriano,

Antonio,

Francisco e

João (in gestação)

A todos que se dedicam bravamente a construir o

Sistema Único de Saúde brasileiro

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha irmã de sangue e sonhos, parceira neste projeto, que me instiga e me ensina a ter a liberdade como essência. A moça que resolveu “renovar o homem usando borboletas”, Ana Petta.

Aos meus maiores orgulhos, pedaços de mim, Gustavo e Renata Petta.

Ao meu orientador, responsável por me apresentar um novo campo de ideias, grande parceiro nesta empreitada intelectual, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Ao meu coorientador, Ricardo Rodrigues Teixeira, pelas inúmeras contribuições e pela delicadeza com que me acompanhou neste processo.

Ao meu parceiro de criação, pela genialidade e talento com que captou este universo da saúde tão complexo, Newton Cannito.

A todos que participaram da produção e execução da série “Unidade Básica”, objeto de reflexão desta pesquisa: Debora Ivanov, Fabiano Gullane, Caio Gullane, Marcos Takeda, Victor Hugo Valois, Carlos Cortez, Caroline Fioratti, Paulo Barata, Sergio Zanetta e toda equipe. A todos pesquisadores, gestores e trabalhadores de saúde que colaboraram em diversos momentos neste processo, dividindo pensamentos e ideias, ajudando a aproximar as histórias ficcionais das reais histórias vividas.

Às quatro mulheres incríveis, que me acolheram com muito carinho, e que me instigaram intelectualmente durante meu estágio sanduíche na Universidade de Harvard: Marcia Castro (*Harvard School of Public Health*), Jacqueline Bhabha (*FXB Center for Health and Human Rights*), Doris Sommer (*Department of Romance Languages & Literatures*) e Joana Pimenta (*Department of Visual and Environmental Studies*).

Às minhas duas parceiras neste intenso ofício da maternagem: Wilma Massuda e Maria Brigida.

*A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como
sou - eu não aceito.
Não aguento ser apenas um
sujeito que abre
portas, que puxa válvulas,
que olha o relógio, que
compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora,
que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem
usando borboletas.*

Manoel de Barros

*Os cientistas dizem que somos feitos de átomos,
Mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias*

Eduardo Galeano

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Apresentação

Introdução 1

PARTE I: MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO ESTUDO 5

Contexto: A Saúde Coletiva brasileira e o desafio da construção simbólica
na era da razão comunicacional 5

1. A Saúde Coletiva e os novos modos de pensar as práticas e o
Cuidado em saúde 12

1.1. As diferentes racionalidades implicadas nas ações em saúde:
o discurso biomédico versus a perspectiva do *Cuidado* em
saúde 12

1.2. Promoção à saúde e prevenção de agravos: do risco à
vulnerabilidade 22

1.3. O lugar estratégico da Atenção Primária à Saúde e a
integralidade como norteadora de suas ações 26

2. Comunicação na grande mídia: ordem, hegemonia e a construção do
imaginário social em escala global 32

2.1. Esfera pública comunicacional e a manutenção de ordem
econômica e social 32

2.2. Cultura de massas, indústria cultural e a reprodutibilidade
técnica dos produtos artísticos 35

2.3. Cultura e hegemonia: televisão, gêneros e os estudos
culturais 38

2.4. Novos formatos e a centralidade da imagem 45

3. Comunicação e Saúde: a imagem e a construção de um universo simbólico sobre o processo saúde-doença-cuidado	50
3.1. O cinema, a “educação em saúde” e os males do Brasil	50
3.2. As representações médico-sanitárias televisivas e a <i>bioestética</i>	59
4. Perspectiva epistemológica e desenho do estudo.....	66

PARTE II. RESULTADOS

1. O processo de construção da série médica televisiva “Unidade Básica”	81
1.1. Desenvolvimento	81
1.1.1 Ideias iniciais e o diálogo com formatos pré-estabelecidos.....	81
1.1.2 O Projeto Piloto: uma primeira aproximação	88
1.1.3 A entrada da produtora e a busca por financiamento.....	88
1.1.4 Pesquisa para os roteiros e o refinamento na abordagem	101
1.1.5 O processo de construção dos roteiros	107
1.1.6 O canal de TV e o formato mais esquemático.....	122
1.2. Pré-produção, filmagem e edição dos episódios.....	126
1.2.1 O trabalho em equipe e a pesquisa para construção de uma linguagem estética	119
1.2.2 Filmagem, rotinas de produção e edição dos episódios	126
1.3. Divulgação e resultados iniciais.....	139
1.3.1. Divulgação e repercussão na mídia.....	139
1.3.2. Resultados de audiência e impactos iniciais	144

PARTE III: DISCUSSÃO	152
-----------------------------------	------------

PARTE IV: COMENTÁRIOS FINAIS.....	169
--	------------

PARTE V: ANEXOS	172
------------------------------	------------

PARTE VI: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	184
--	------------

RESUMO

Petta HL. *Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e atenção primária: análise da experiência de produção da série televisiva “Unidade Básica”* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

A comunicação é um dos grandes desafios para reconstruir de maneira crítica as práticas de saúde, especialmente, quando se visa alcançar um público ampliado por intermédio da grande mídia, orientando-se por valores e concepções não-hegemônicas e pouco familiares ao senso comum. O objetivo deste estudo foi analisar os limites e as potencialidades gerados pelo diálogo entre o campo da Saúde Coletiva e a comunicação na grande mídia, tomando como base o processo de produção da série médica “Unidade Básica”, que foi televisionada em setembro de 2016 por importante emissora de televisão a cabo. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de caráter compreensivo-interpretativo, sendo a pesquisadora uma *observadora participante*. O estudo baseou-se na descrição densa do processo de elaboração da série em suas diversas etapas (desenvolvimento; pré-produção, filmagem, edição dos episódios e divulgação), depoimentos de informantes-chave (profissionais envolvidos na produção da série) e repercussões colhidas na mídia e redes sociais (de forma não sistemática). O material empírico da pesquisa foi produzido e interpretado à luz de conceitos reconstrutivos considerados relevantes no campo da Saúde Coletiva. Dentre eles: 1) diferentes racionalidades implicadas nas ações de saúde (a presença de um *discurso biomédico* em contraste com novas formas de se pensar o *Cuidado* em saúde); 2) entendimento ampliado sobre o processo saúde-doença-cuidado, buscando caracterizar as diferentes *vulnerabilidades* existentes neste processo; e 3) atributos da Atenção Primária à Saúde, tendo a *integralidade* como eixo norteador de suas ações. Como resultado, observou-se que os conceitos acima referidos foram potencializados no processo de criação da série. Porém o conceito de *integralidade* revelou-se o mais desafiador para ser comunicado. Como fatores limitantes ao diálogo entre os conceitos trabalhados e o processo de criação estão as estruturas pré-estabelecidas do gênero artístico da obra; as diferentes perspectivas morais que orientam a ação performática na linguagem televisiva; as rotinas de produção e as estratégias de comercialização televisivas. Por outro lado, certos aspectos favoreceram uma relação positiva, como a crítica aos formatos comunicativos hegemônicos e a necessidade de se construir diferentes dimensões racionais-cognitivas, bem como estéticas-afetivas sobre os processos saúde-doença-cuidado; o contexto político brasileiro no período; a presença de um conjunto de saberes e práticas consistentes no campo da Saúde Coletiva, além das experiências concretas de implementação de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Por fim, ressalta-se positivamente que processo de construção de uma linguagem estética para a série logrou, por meio de elementos estéticos-afetivos, produzir efeitos relevantes para os objetivos da série por outras vias que não as racionais-cognitivas, mais comumente exploradas nas produções da comunicação em saúde.

Descritores: atenção primária em saúde; comunicação em saúde; saúde pública; mídia audiovisual; meios de comunicação; integralidade em saúde.

ABSTRACT

Petta HL. *Mass media and communication about collective health and primary attention: analysis of the experience of producing the TV series "Unidade Básica"* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

Communication is a crucial challenge for a critical reconstruction of health practices, especially when the goal is to reach a broad audience through the mass media, guided by non-hegemonic values and unfamiliar concepts to common sense. This study aims to explore limits and potentialities in the dialogue between the field of "Saúde Coletiva" (Brazilian Public Health reform movement) and communication in the mass media, through the analysis of the making process of the TV series "Unidade Básica", which was exhibited in September 2016 by a cable TV broadcaster in Brazil. Qualitative, comprehensive-interpretive research was carried out, with the researcher being a participant observer. The study was based on dense description of the series elaboration process in its diverse stages: (development, pre-production, filming, editing of episodes and dissemination), statements from key informants (professionals involved in the production of the series) and repercussions from the media and social networks (in a non-systematic way). The empirical material was produced and interpreted considering reconstructive concepts from the Collective Health field. Among them: 1) rationalities involved in health practices (the biomedical discourse as contrasted to new ways of thinking about health care); 2) enriched understanding of the health-disease-care process, looking for characterizing the various vulnerabilities involved in these processes; and 3) Primary Health Care attributes taking "integralidade" (comprehensive care) as its guiding axis. As a result, we observed that the concepts above were potentialized in the process of creating the series. But the concept of "integralidade" has proved the most challenging to be communicated. Limiting factors to the dialogue between the "Saúde Coletiva" concepts and the process of creation were the rigid structures of the series artistic genre; different moral perspectives guiding performative action in television language; routines from the TV production, and commercial strategies of the television. On the other hand, certain aspects fostered a positive relationship such as, the critique of the hegemonic communicative formats and the need for use different rational-cognitive dimensions, as well as aesthetic-affective about the health-disease-care processes; the Brazilian political context in the period; the presence of a consistent set of knowledge and practices from the "Saúde Coletiva" field; beyond concrete experiences of primary health care implementation in Brazil. Finally, we pointed out that the constructing process of an aesthetic language that the series has achieved, through aesthetic-affective elements, provoke relevant effects to the objectives of the series by means other

than the rational-cognitive ones, more commonly explored in the productions of health communication.

Descriptors: primary health care; health communication; public health; video-audio media; communications media; integrality in health.

APRESENTAÇÃO

Nascida em uma família de artistas e políticos, cresci em intenso contato com estes dois universos. Participei ativamente do movimento estudantil, ao mesmo tempo que frequentava, com minha irmã mais velha, cursos de teatro. Ao assistir, ainda na adolescência, o filme francês “*A Peste*”, baseado na obra de Albert Camus, decidi ser médica. Aquele ofício, de cuidar dos *problemas humanos concretos*, pareceu-me uma possibilidade de estar em contato com as reais questões humanas. Era como trazer algo novo para a minha história familiar, mas em intenso diálogo com aquilo que já havia sido construído.

Durante o curso de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pude entrar em contato com as discussões sobre o sistema de saúde, seus dilemas e desafios. Uma das questões principais discutidas naquele momento era o distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde, em geral focada no ambiente hospitalar e com uma superespecialização precoce, e as reais necessidades do sistema, que buscava a consolidação de um modelo centrado na Atenção Primária à Saúde (APS). Além de todas as dificuldades relacionadas às discussões sobre o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a reorientação de seu modelo assistencial, a necessidade de uma real reestruturação curricular, etc também tínhamos que enfrentar o “poder invisível”, o poder simbólico produzido pelas inúmeras representações do universo da

saúde no Brasil e no mundo. Tínhamos que enfrentar o modelo “*Dr House*”.

Formei-me em Medicina em 2004 e entrei para a residência médica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, onde permaneci até 2008. Foi ali que pude entrar em contato com a obra do prof. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, que me nutriu de profícuas e importantes reflexões sobre novos conceitos e práticas relacionadas ao cuidado, em especial, relacionadas à minha prática médica junto aos pacientes com HIV/AIDS.

Após cursar a residência em um grande hospital quaternário, superespecializado, senti necessidade de retomar o contato com os problemas básicos de saúde, com a realidade de quem está “na ponta” do sistema e fui trabalhar como médica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na periferia de Campinas. Foi ali que conheci o universo da APS, onde pude ter um intenso contato com a equipe de saúde, com os problemas da comunidade, a precariedade das moradias, a falta de saneamento, de insumos, etc. Ali pude vivenciar na pele o distanciamento entre a formação em um hospital de alta complexidade e os desafios da atenção primária, aparentemente um local de casos mais “básicos”, mas que na prática apresentava-se como um local de uma grande complexidade.

Foi ali também que iniciei o projeto mais audacioso e definidor de minha trajetória profissional até então, o projeto de criação de uma série médica televisiva. Instigada por uma irmã atriz, pareceu-me muito interessante poder retratar o

cotidiano de uma UBS, aquilo que estava vivendo em minha prática médica, suas dores e delícias, através da linguagem audiovisual. Era uma nova aproximação também com o universo artístico, que esteve tão presente em minha juventude. O que se iniciou como uma simples ideia, anos depois, concretizou-se, e agora é objeto de reflexão desta pesquisa.

Junto a com a atuação na atenção básica, trabalhei na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde, especificamente coordenando o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRO-RESIDÊNCIA. Este programa tinha como objetivo induzir a ampliação e abertura de novas vagas e programas de residência médica em regiões e especialidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde, além de propor uma mudança do modelo curricular dos programas de residência médica, a partir de uma concepção que priorizava as necessidades sociais, a integração dos processos formativos aos serviços assistenciais organizados em redes de atenção em saúde e o desenvolvimento de competência para formação do especialista. Posteriormente, este programa foi incorporado a um conjunto de outras iniciativas que englobaram o programa “Mais Médicos”. Fiz então meu mestrado na área de Políticas Públicas/Saúde Pública, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada (IPEA), discutindo o processo de implantação e os principais desafios do PRO-RESIDÊNCIA, sob a orientação do Prof. Roberto Passos Nogueira.

Por minha atuação na área de educação no Ministério da Saúde, coordenei

cursos de especialização para formação de Preceptores para o SUS em diversos estados do país e me aproximei da carreira docente. Atuei como professora no curso de Medicina na Universidade Federal do Paraná, na disciplina de atenção básica, e pude vivenciar, agora como docente, o despreparo da formação em saúde em lidar com os problemas cotidianos encontrados no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Em 2014, instigada pelo processo de criação da série televisiva já em curso e pela vontade de me aproximar ainda mais do campo da Saúde Coletiva ingressei no doutorado na Medicina Preventiva da FMUSP. Em 2016/2017 realizei um estágio sanduiche na Universidade de Harvard (Boston/EUA), especificamente na *Harvard School of Public Health*. Durante este estágio busquei entrar em contato com novos referenciais que dialogassem mais diretamente com o conjunto de reflexões de minha pesquisa e assim me aproximei da *Faculty of Arts and Science de Harvard*, em especial, do *Department of Visual and Environmental Studies*, onde pude ter contato com alguns dos referenciais que utilizo nesta pesquisa.

Mãe de 2 meninos, Antonio e Francisco, e gerando o terceiro filho no momento de encerramento desta tese, muitos foram os desafios, assim como para milhares de outras mulheres, de conciliar a maternidade e a minha carreira profissional durante todo este percurso. Emoção imensa poder conseguir chegar até o fim deste processo, gerar e parir esta pesquisa que aqui se inicia.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa analisou o processo de construção de um produto artístico televisivo que ocorreu em intenso diálogo com o campo da Saúde Coletiva brasileira. Buscou-se construir uma abordagem sobre o universo da saúde e os processos saúde-doença-cuidado, diferenciada daquelas hegemonicamente retratadas pela grande mídia¹.

A série médica “Unidade Básica”, televisionada em setembro de 2016, pelo canal *Universal Channel*, retratou em 8 episódios o dia-a-dia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo como personagens principais profissionais de saúde e pacientes com seus dilemas e desafios. Como pesquisadora, médica e sanitária, participei de todo processo de construção da série, tendo, portanto, lugar privilegiado na apreensão dos fatos e dos processos relacionados aos objetivos do estudo.

¹ Apesar da falta de consenso na literatura e das inúmeras definições para o termo “grande mídia” optou-se por mantê-lo adotando a definição proposta por Lima (2010) “como o conjunto das instituições que utilizam tecnologias específicas para ‘intermediar’ a comunicação humana. (...) a grande mídia implica sempre a existência de uma instituição e de um aparato tecnológico. Esse é um tipo específico de comunicação, realizado por meio de instituições que aparecem tardiamente na história da humanidade e constituem um dos importantes símbolos da modernidade. Duas características da comunicação da grande mídia são a sua unidirecionalidade e a produção centralizada, integrada e padronizada de seus conteúdos” (p. 30). Este autor contrasta este termo ao termo “nova mídia” que servirá para designar a comunicação realizada por meio da rede mundial de computadores, isto é, da internet. Ao contrário da grande mídia, a nova mídia possibilita a interação *on-line* entre emissor e receptor por meio de computadores pessoais fixos e/ou móveis (celulares, *laptops*, *notebooks* etc.). Sabe-se, porém, sabe-se que estas duas formas midiáticas têm cada vez mais interagido, o que será melhor discutido no corpo desta pesquisa.

O objetivo geral deste estudo foi analisar as potencialidades e os limites gerados pelo diálogo entre o campo da Saúde Coletiva e a comunicação na grande mídia, tomando como base o processo de construção da referida série.

Analisar o processo de construção de uma intervenção não convencional, tal como a produção de uma série médica ficcional televisiva e seu diálogo com conceitos produzidos pelo campo da Saúde Coletiva brasileira, é, em última instância, analisar um conjunto de tensionamentos que guardam em uma de suas faces a presença deste “conjunto instituído de saberes e práticas”, ou o “*corpo moral*” do campo, conforme propõe Schraiber (2008).

Não sendo objeto deste estudo uma revisão exaustiva sobre os elementos constitutivos do campo da Saúde Coletiva, inicialmente foi necessário para realização desta pesquisa, a identificação de conceitos e práticas relevantes neste campo para uma comunicação através de um canal da grande mídia. Especificamente, busquei explorar, sucintamente, novos modos de se pensar as práticas de saúde, apoiando-me no conceito de *Cuidado* (Ayres, 2000; 2004; 2007a; 2010). A partir de uma sucinta discussão sobre as origens do discurso biomédico, e das diferentes racionalidades implicadas nas ações em saúde, busco discutir o *Cuidado* como uma outra perspectiva de se pensar o momento assistencial em saúde, focando em particular a intersubjetividade que marca esse momento. Também procurei discutir novas perspectivas nas ações relacionadas à promoção à saúde e prevenção de agravos, mostrando a limitação do conceito de risco e a ampliação sobre o entendimento destes

processos, sendo a *vulnerabilidade* o conceito chave neste âmbito (Ayres, 2002; 2007 b; 2012a). Por fim, busquei colocar em discussão o lugar estratégico que a Atenção Primária à Saúde adquiriu nestes novos modos de se pensar as práticas e o Cuidado em saúde e o conceito da *Integralidade* (Mattos, 2004; Paim & Silva, 2010; Ayres, 2012b) como norteador deste conjunto de ações.

Para uma melhor compreensão do objeto de estudo sob a perspectiva do campo da Comunicação, fez-se necessário abordar, sucintamente, algumas das principais linhas históricas de pensamento sobre comunicação que estão diretamente relacionados ao objeto de estudo desta pesquisa, a comunicação na grande mídia, em especial aquelas que buscam entender as raízes e a complexidade dos fenômenos que envolvem a comunicação televisiva.

Em linhas gerais, busquei discutir, a partir de alguns marcos da origem do pensamento mais geral sobre comunicação, o surgimento de uma *esfera pública comunicacional* muito relacionada à manutenção da ordem econômica e social (Habermas, 2014; Matterlart & Matterlart, 2014; Teixeira & Cyrino, 2003); o aparecimento de uma *cultura de massas* e as discussões sobre a Indústria cultural e reprodutibilidade técnica dos produtos artísticos (Matterlart & Matterlart, 2014; Morin, 2011; Benjamin, 2014); o diferente enfoque dado pelos estudos culturais (*cultural studies*) e sua abordagem sobre cultura e hegemonia, discutindo a televisão e os gêneros (Frow & Moris 2006; Stam, 2013; Martin-Barbero, 2013); e, por fim, o aparecimento de novas tecnologias audiovisuais, novas estéticas televisivas e a centralidade da imagem no mundo

contemporâneo, dando origem a estudos que tem focado as relações entre imagem e poder (Stam, 2013; Mittel, 2012).

Ainda, na busca de aproximação com a interface entre comunicação e saúde, interessou-me analisar como as *imagens* vêm configurando o nosso entendimento sobre os processos saúde-doença-cuidado. Para tanto, procurei discutir, em linhas gerais: o nascimento do cinema e sua função de interface entre as representações profissionais e populares, moldando nosso entendimento sobre a vida na cultura médica ocidental (Cartwright, 1995); o uso das imagens cinematográficas nas representações médico-sanitárias na primeira metade do século XX, no Brasil, mostrando como estas fizeram parte de um processo de construção de uma identidade nacional, associada à doença, colaborando com as ideias de superação de um atraso por meio das descobertas médico-científicas (Lima & Hochman, 2000; Teixeira, 1997) e a produção de filmes na década de 1940, pelos EUA, para projetos de “educação em saúde” nas Américas, com forte componente de *mudança de comportamento* individual como chave para superação das doenças e pobreza, em consonância com a emergência de um núcleo de práticas em Comunicação e Saúde que surgia no país (Osherr, 2013; Cejudo, 2016; Teixeira, 1997).

Por fim, busquei também analisar como, a partir do aparecimento televisão, estas representações atingiram escala mundial, e o discurso biomédico passou a ganhar centralidade na vida social e cultural. Interessou-me um olhar mais aproximado para a televisão e as representações ficcionais, em especial as séries médicas americanas, que, desde a década de 1960 até os dias de hoje,

constituem-se em um fenômeno de audiência em vários países do mundo, incluindo o Brasil, e que trazem fortemente um conjunto de concepções sobre os processos saúde-doença-cuidado, com os recursos tecnológicos ocupando cada vez mais espaço nas narrativas (Ostherr, 2013; Turow, 2013). Nesse âmbito, discute-se um fenômeno mais recente, que, com o uso de novos recursos audiovisuais e instrumentos biotecnológicos, acabou por transformar o controle dos corpos em elemento central de uma nova dramaturgia, constituindo uma *bioestética* (Bentes, 2010).

PARTE I: MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO ESTUDO

Contexto: A Saúde Coletiva brasileira e o desafio da construção simbólica na era da razão comunicacional

Então, mais do que objetos de políticas, a comunicação e a cultura constituem hoje um campo primordial de batalha política: o estratégico cenário que exige que a política recupere sua dimensão simbólica – sua capacidade de representar o vínculo entre os cidadãos, o sentimento de pertencer a uma comunidade – para enfrentar a erosão da ordem coletiva. (Martín-Barbeiro, 2013, p. 15)

A Saúde Coletiva brasileira, como campo interdisciplinar, vem construindo saberes e práticas relacionados aos determinantes socioculturais e econômicos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado, articulando suas construções científicas e técnicas em saúde às suas posições ético-políticas mais gerais. Tem como marco a fundação, em 1979, da Associação Brasileira de Saúde

Coletiva (ABRASCO), surgindo de forma integrada à luta contra a ditadura militar e a democratização do país, e inserida em um movimento mais amplo, foi responsável por conduzir a chamada Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (Ayres, 2016; Schraiber, 2008; Paim, 2008).

Desde o século XIX, com o nascimento da Medicina Social, a ideia de que a saúde é um assunto de interesse coletivo, devendo a sociedade assegurá-la aos seus membros, e que as condições sociais e econômicas têm impacto crucial na saúde das pessoas, estão presentes e podem ser consideradas como as bases fundantes deste campo (Nunes, 2012).

No Brasil, este discurso é inserido mais diretamente na década de 1950, através do “projeto preventivista”, que realizou uma crítica ao modelo biomédico, postulando a superação dos limites disciplinares entre clínica médica e saúde pública e entre medidas curativas e preventivas, propondo mudanças na educação médica. É expressão deste movimento a proposta do modelo teórico de História Natural da Doença (HND), proposto por Leavell & Clark, em 1953. Neste modelo, as ações de melhoria das condições de vida dos indivíduos de um modo geral, como educação, saneamento, moradia, trabalho, apareciam como um dos componentes de uma das fases da HND, a prevenção primária, relacionada ao período pré-patogênico (interação entre o agente e o

hospedeiro). Esta proposição foi bastante criticada posteriormente², pois limitava a compreensão das medidas preventivas e a promoção da saúde a uma dimensão técnica de intervenção no processo de adoecimento. O social aqui foi apenas visto como um fator que interferia em uma das fases deste processo e de forma independente, e não como parte de uma totalidade que qualifica e hierarquiza o processo saúde-doença, segundo os modos de produção e contextos culturais determinados. O impacto das propostas da HND na mudança curricular das escolas médicas brasileiras foi pontual – restringiu-se a criação de departamentos de medicina preventiva e de disciplinas de cunho social – e ainda menos expressivo na mudança do modo de organização das práticas em saúde (Arouca, 2003, Ayres, 2012a, Nunes, 2012).

Na década de 1970, em um contexto de luta pela democracia, e a partir de múltiplas influências, tais como da medicina social inglesa, o estruturalismo francês e a sociologia política italiana (Escorel, 1998), e dialogando criticamente com o preventivismo e a medicina comunitária norte-americanos (Ayres, 2016), é que realmente se constituirá o campo da Saúde Coletiva brasileira. Este campo parte “do entendimento de que saúde e doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica” e que “tais fenômenos eram determinados social e historicamente” (Paim, 2008, p. 165). Do ponto de

² Estas críticas serão objeto de reflexão de uma das obras fundadoras do campo da Saúde Coletiva brasileira em 1975, o “Dilema Preventivista: Contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva”, de Sergio Arouca.

vista teórico, inicialmente, este campo irá se centrar em dois conceitos principais: determinação social da doenças e processo de trabalho em saúde (Paim, 2008). Para Escorel (1998), a teoria social que dará origem ao campo apresentava como conceitos básicos, além dos já citados, a historicidade do conceito saúde-doença, o poder médico e a medicalização.

Do ponto de vista político, é neste período também que emerge mundialmente a discussão sobre os elevados custos da saúde e sua baixa resolutividade, levando a que diversos segmentos apontassem a necessidade de mudança no modelo de organização dos serviços, dando maior ênfase aos cuidados primários à saúde. Lançada pela Organização Mundial da Saúde, no programa *Saúde para Todos no ano 2000*, a Declaração de Alma-Ata (1978) preconizava a reorientação dos modelos assistenciais, com centralidade nas ações de atenção primária à saúde, com ações de prevenção e promoção à saúde, participação comunitária, a intersectorialidade para abordagem dos problemas dos determinantes sociais e a atuação de equipes multidisciplinares. Esta reorientação do modelo assistencial encontrou consonância no Brasil com o referencial teórico do campo que emergia.

Também como parte do nascimento do campo, juntamente com um movimento social mais amplo (movimentos sociais, universidade, movimento estudantil, etc), denominado Movimento da Reforma Sanitária brasileira, inicia-se uma fase de aglutinação e expansão da luta pela democratização do país e de acesso à saúde, com construção de um sistema de saúde público e universal. Em 1979 é

realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, e em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação. A partir disso, ocorre um intenso processo de consolidação político-legal dos direitos à saúde, com a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e, posteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988, tendo como seus três princípios a universalidade, a integralidade e a equidade em saúde.

Para Schraiber (2008), a Saúde Coletiva brasileira, traz, em sua raiz, um projeto duplamente reformulador:

Ele se situa, de um lado, na tensão entre a crítica contra-cultural de ordem técnico-científica e a democratização dos modelos médico e sanitário cientificamente tradicionais, em ambos os casos disputando hegemonia com o modelo dominante (cientificamente tradicional e socialmente elitista). De outro lado, temos as origens deste campo, desenvolvido sempre em compromisso com a democratização e lutas pelos direitos humanos e sociais, assim como o entrelaçamento da crítica à Saúde Pública, inspirada na Medicina Social (...) (Schraiber, 2008, p. 14).

Como parte do desenvolvimento deste campo, vem se constituindo mais recentemente, uma área que tem buscado elaborar conceitos e práticas sobre a interface entre os campos da saúde e da comunicação, denominada Comunicação e Saúde. Para Araújo e Cardoso (2007, p. 21) “o que se objetiva é compreender e agir sobre os processos sociais de produção de sentidos que afetam diretamente o campo da saúde”.

No campo da Comunicação, entendendo a partir de Bourdieu (2011), que as relações de comunicação são relações de poder que dependem, na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes, muitos autores vêm discutindo o lugar central que a comunicação tem ocupado nas relações sociais na atualidade (Martín- Barbero, 2013; Castells, 2017; Hardt & Negri, 2001).

Martín- Barbero (2013) defende a emergência de uma *razão comunicacional*, cujos dispositivos agenciam a transformação da sociedade em mercado. Esta *hegemonia comunicacional do mercado* na sociedade faz com que a comunicação passe a ser o motor mais eficaz de inserção das culturas (étnicas, nacionais e locais), no espaço/tempo do mercado e nas tecnologias globais, com um movimento crescente de uma especialização comunicativa do cultural, que organiza um sistema de produção de bens simbólicos, sempre ajustados aos “públicos consumidores”.

Para Castells (2017), as relações de poder passam a ser construídas na mentalidade das pessoas através do processo de comunicação, que será o mais decisivo e duradouro instrumento de dominação. Entre as práticas de comunicação podemos ter a comunicação interpessoal e a mediada, sendo esta forma, a mediada, a que, na vida em sociedade, se constitui no principal ambiente simbólico em que as pessoas passam a produzir sentidos em suas vidas.

Ao discutir o lugar central, econômico e cultural, que as tecnologias comunicacionais têm desempenhado na atualidade, Hardt & Negri (2001) consideram que estas são ao mesmo tempo a causa e o efeito, a expressão e o elemento organizador do acelerado processo de globalização. Presentes em nossa cotidianidade, estas tecnologias passam a controlar os significados e as direções do imaginário, que é guiado e canalizado dentro das conexões comunicativas. Para estes autores, o espaço das comunicações se transformou na síntese da política do espaço social, fazendo com que o poder, agora capilarizado, atingisse todos os espaços da vida, passando a se constituir dentro das relações produtivas e sociais, passando a ser “imaneente” a estas relações. Com isso, são os próprios sujeitos que passam a ativar estes mecanismos de poder, que acabam por organizar a totalidade das atividades e da vida dos indivíduos.

Ao menos tempo, do ponto de vista da produção do simbólico e imaginário no campo da saúde, autores vêm discutindo o papel crescente, na comunicação e na cultura, de produção e reprodução de valores, ideologias e concepções sobre os processos saúde-doença que se dão por meio da divulgação cotidiana dos saberes racionalizados, científicos, portanto, travestidos de uma suposta “neutralidade”. (Luz *et al*, 2013; Luz *et al*, 2017).

os significados e os sentidos sociais atribuídos a todos os aspectos do viver, em termos individuais ou coletivos, são constantemente invadidos por imagens, representações, modos de sentir, agir e avaliar racionalizados, isto é, imbuídos de sentidos, concepções e ideologias transmitidos e reproduzidos por saber(es) científico(s), através da divulgação cotidiana de suas últimas – ainda que provisórias – verdades

pelos velozes meios de informação e comunicação atuais, ou, em linguagem comum, pelo conjunto da mídia, grande criadora e reprodutora de padrões culturais na sociedade contemporânea (Luz et al, 2013, p. 241) .

Briggs & Hallin (2016) examinam a relação entre mídia e medicina e consideram haver um intenso processo que denominam *biomidiatização*, em que o *bios* passa a ter centralidade nos processos comunicativos. Para estes autores, não se trata apenas do intenso poder do discurso biomédico ter penetrado e “colonizado” a mídia, ou a mídia ter “colonizado” a biomedicina, mas trata-se de uma co-produção, em que profissionais da saúde e da mídia, em intensa relação com o mercado, produzem conhecimento, selecionam informações a serem difundidas, escolhem como, quando e a melhor maneira de abordá-las, moldando todo nosso entendimento contemporâneo sobre os processos relacionados à saúde.

Porém, dialeticamente, ao mesmo tempo em que esta nova organização social, centrada nos processos comunicativos, tem a potência de mercantilizar a vida em todos os níveis, ela passa a ser o local estratégico para a luta contra-hegemônica, o espaço primordial da luta política. A comunicação e a cultura passam a ser o espaço-chave para constituição de novas simbologias e imaginários, condição indispensável para a construção de novas perspectivas ético-políticas.

Esta pesquisa, partindo do entendimento da importância e centralidade existente

nos processos comunicacionais hoje, buscou explorar no processo de criação de uma produção televisiva, a série médica Unidade Básica, quais foram as potencialidades e os limites existentes no diálogo entre a grande mídia e os conceitos produzidos pelo campo da Saúde Coletiva.

1. A Saúde Coletiva e os novos modos de pensar as práticas e o *Cuidado* em saúde

1.1. As diferentes racionalidades implicadas nas ações em saúde: o discurso biomédico versus a perspectiva do *Cuidado* em saúde

(...) pareceu-nos que, apesar de tantos esforços louváveis para introduzir métodos de racionalização científica, o essencial desta ciência ainda era a clínica e a terapêutica, isto é, uma técnica de instauração e restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento (Canguilhem, 2002, p.16).

Ao se discutir as origens dos discursos e práticas que constituem as bases dos atuais modos de se produzir saúde, Georges Canguilhem (1904 – 1995), em especial sua obra “O Normal e o Patológico”, embora escrita em 1943, permanece sendo uma importante referência. Este autor, nos mostra como a constituição da bipolaridade entre o normal e o patológico, ao mesmo tempo em que estabeleceu uma referência comum para classificar os fenômenos de saúde e de doença, expressa um elemento regulador, normativo, que ao identificar e assumir um padrão desejável para as estruturas e funções do organismo (normalidade), também passa a orientar as intervenções médicas no sentido de

conduzir até este padrão as variações observáveis nessas estruturas e funções (anormalidade). Ayres (2016) em seu artigo “Georges Canguilhem e a construção do campo da saúde coletiva brasileira”, nos mostra que este autor influenciou obras fundantes do campo da Saúde Coletiva brasileira³ e continua exercendo sua influência, tanto pelos seus conceitos filosóficos, que elucidam traços fundamentais das ciências da saúde contemporâneas, tais como o caráter normativo da vida e de seu conhecimento, a descontinuidade qualitativa entre os fenômenos normais e patológicos e a definição de saúde orientada pela noção de valor, quanto por sua metodologia histórica, com o reconhecimento da influência das condições sociais e tecnológicas e o papel positivo atribuído aos obstáculos, falhas e acidentes no desenvolvimento científico. A *normatividade* como chave de leitura dos processos de saúde-doença, assim como para instituição de suas práticas, e o entendimento de uma não “neutralidade científica”, sendo esta também influenciada por um conjunto de *valores*, foram reflexões determinantes que permitiram um maior entendimento sobre as origens dos discursos e práticas constitutivos do modo de se produzir saúde presente até os dias atuais.

Foucault (2006), outra importante referência neste campo, em “O nascimento da Clínica”, nos mostra como a medicina até o século XVIII referia-se muito mais ao adoecimento do que a padrões de normalidade. A medicina baseava-se em

³ Destacam-se como obras fundadoras do campo da Saúde Coletiva brasileira que dialogaram intensamente com a obra de Georges Canguilhem: “O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva”, de Sergio Arouca e “Medicina e sociedade”, de Cecília Donnangelo (Ayres, 2016).

semelhanças de qualidades observáveis nos doentes, nos sinais e nos sintomas, classificando a doença em um quadro taxonômico. A partir deste quadro, instituía-se uma terapêutica, com vistas a restabelecer uma condição qualitativamente diversa da doença, a saúde. Neste momento, haveria uma concepção ontológica da doença, essencialmente qualitativa, com uma descontinuidade e uma não identidade entre as condições de saúde e aquelas atribuídas às doenças. A doença era um ser em si mesmo, não um estado do homem, completamente alheia, portanto, às posteriores construções sobre normalidade.

E é a partir de condições históricas e de novas estruturas de racionalidade que surge no século XIX uma nova racionalidade médica, como ciência clínica, que organizará uma nova linguagem racional, nos moldes de um discurso científico moderno sobre o indivíduo.

Foi essa reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica: poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. (Foucault, 2006, p. XI)

A partir do século XIX, a Medicina passa a ser orientada por construções conceituais interessadas no conhecimento e intervenção sobre as relações entre funcionamentos e estruturas do corpo, entendido então como um “organismo”, tendo o conhecimento fisiológico assumido centralidade nesta proposição (Foucault, 2006). Para Ayres (2002, p. 95):

A saúde e a doença passam a ser conceituadas com base em procedimentos comparativos, que tomam por referências qualidades determinadas, pois o ordenamento lógico-formal das regularidades observadas nos fenômenos vitais permite adjetivar e aferir os estados julgados negativos – a anormalidade – e por contraste aqueles que são avaliados como desejáveis – a normalidade.

Luz (2004), por sua vez, nos mostra como, a partir da observação, da descrição e da classificação, a busca de causas eficientes das doenças passa a ser o objetivo fundamental da medicina moderna. Com os elementos teórico-conceituais e os métodos de observação da física, da fisiologia, da química, da botânica, da história natural – e depois da biologia, juntamente com a anatomia, a patologia e a cirurgia - constituiu-se o núcleo principal do saber médico, como disciplina das doenças. A clínica, como anatomoclínica, se configura como prática de localização e eliminação de doenças. Estas foram as bases de construção de um discurso de conceituação biomédica da doença, entendido como “(...) o conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de critérios a priori para o controle de incertezas” (Ayres, 2007a, p. 46)

Ao discutir as origens da razão médica moderna, Luz (2004) defende ser a Medicina “talvez a mais social das disciplinas modernas”. Para esta autora, a racionalidade científica médica acabou por instituir e normalizar estruturas das relações sociais, tematizando, a partir de enunciados naturalizantes e objetivantes, as microestruturas de uma totalidade orgânica, qual seja, os indivíduos.

Este conjunto de reflexões sobre as origens do discurso biomédico e as bases da medicina moderna, dão origem no Brasil a diversas linhas de pesquisa, entre elas, uma denominada Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, sendo Ricardo Mendes Gonçalves (1956-1996) um de seus principais expoentes.

Mendes-Gonçalves (1992) irá explorar mais diretamente a análise do processo de trabalho e das necessidades em saúde, e nos mostra como estes também são sócio-historicamente determinados, negando a concepção de que tanto processo de trabalho, quanto necessidades em saúde são “naturais”, “atemporais” ou “universais”.

O autor mostra que o trabalho médico não é um trabalho puramente intelectual, mas se desdobra e subordina a técnicas materiais (instrumentos de trabalho) e imateriais (saberes). Com isso, inicia um amplo campo de estudos baseado na investigação empírica e reflexão crítica acerca das tecnologias do trabalho médico, incluindo sua relação com a ciência (Mendes-Gonçalves, 1992; 1994; Ayres, 2016).

Ao discutir as relações do trabalho em saúde e as técnicas, Merhy (2002) propõe a existência de três tipos de tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: as leves (como tecnologias envolvidas na produção de vínculos, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), as leves-duras (como os saberes estruturados, como a clínica médica, a clínica

psicanalítica, a epidemiologia, etc.) e as duras (como os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Mostrando que a razão tecnológica se estrutura sobre saberes previamente acumulados e práticas humanas reguladas, de preferência consolidadas como ciências, Campos (2011) defende que a gestão e o trabalho em saúde deveriam ser pensados como *práxis*, pois diferem da razão tecnológica por ser dialética, reconhecer contradições, paradoxos e aporias, orientando a ação humana a partir de sínteses.

Ayres (2000) destaca o lugar da intersubjetividade no momento assistencial, uma relação de troca, espaço relacional, que extrapola o tecnológico. Para o autor o trabalho em saúde apoia-se na tecnologia, mas não se restringe a ela. Abre-se à *phrónesis*, ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas atualiza a presença dos sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo. Este autor busca também inserir neste campo, outros conceitos para a compreensão do caráter da intervenção que se dá no processo de trabalho em saúde, mostrando como são limitadas as noções de curar, tratar, controlar, historicamente construídos. Propõe a compreensão e reconstrução das práticas de saúde como *Cuidado*, a partir de uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, da centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, de como compreendem a si e seu mundo, assim de como são seus modos de agir e interagir. Essa conformação humanizada do ato assistencial difere daquelas que enrijecem e naturalizam o sentido normativo das tecnociências.

(...) adota-se aqui o termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção, e recuperação da saúde. (Ayres, 2004, p. 22)

Esta concepção entende que existe uma permeabilidade do técnico ao não técnico nas práticas de saúde, fazendo-se necessário um constante diálogo, e para tanto, este autor, identifica dois polos na racionalidade implicadas nas ações em saúde: o *êxito técnico* e o *sucesso prático* (Ayres, 2007a, p. 53).

O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações.

Este mesmo autor recorre à hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer para ressaltar a importância dos processos interpretativo-compreensivos no modo de operar o Cuidado, para a busca de elucidar os significados dos processos saúde-doença-cuidado para seus diversos sujeitos em seus correspondentes contextos de intersubjetividade (Ayres, 2007a). Para o autor, valorizar a perspectiva hermenêutica no Cuidado implica em assumir a objetividade que existe nas ações de saúde, porém liberando o arsenal científico-tecnológico de uma leitura estritamente instrumental. A objetividade implicada no Cuidado deve produzir um encontro entre dois sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sendo o objeto algo construído com esses sujeitos, a partir deles (Ayres, 2007a).

Bedrikow e Campos (2015) irão discutir a conformação de três “semblantes” da Clínica: a clínica oficial, a degradada e a ampliada. A Clínica oficial opera tendo a doença como único objeto, valendo-se do método empírico classificatório e do raciocínio lógico indutivo, sem responsabilidade com a integralidade no cuidado prestado ao doente. A Clínica degradada corresponde à diminuição teórica e prática da Clínica, em razão de interesses que comprometem a racionalidade da clínica oficial. Temos como exemplo o sistema de queixa-conduta, como nos Pronto-Atendimentos, em que os interesses se restringem unicamente aos sintomas e sinais. Campos (2003) propõe a Clínica Ampliada e Compartilhada, que reformula e amplia a Clínica, levando em conta as singularidades dos indivíduos e os diferentes contextos, sendo parte de um projeto mais amplo que denominou Método da Roda ou Paidéia, que aposta na cogestão dos processos em saúde. Para este autor deve-se compreender e interferir nos afetos, no conhecimento e em relações de poder como forma de transformar as práticas de saúde.

No plano internacional vale destacar, na década de 1970, a introdução do termo “medicina centrada no paciente”, por Michael Balint, psiquiatra húngaro, ao perceber a influência de fatores pessoais e subjetivos na resposta à terapêutica proposta, como forma de contrastar essa abordagem com uma “medicina centrada na doença”. Desde então, vários autores vêm aperfeiçoando o conceito e desenvolvendo diferentes métodos com esta abordagem. No Canadá, na década de 1980, no Departamento de Medicina da Universidade de Western

Ontario, Ian MacWhinney e Moira Stewart, a partir de estudos sobre a relação médico-paciente e com a chegada do professor visitante de medicina de família da África do Sul, Joseph Levenstein, formularam o método “medicina baseada na pessoa”, também no sentido de se contrapor ao tecnicismo das práticas em saúde vigentes. Hoje denominado Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), por envolver outros profissionais de saúde e não apenas médicos, é um método integrado e sistemático, sendo de extrema importância para este método a distinção entre doença e a experiência com a doença. Foi sistematizado em 6 componentes: exploração da enfermidade e a experiência com a doença; entendimento da pessoa como um todo; elaboração do projeto comum de manejo; incorporação da prevenção e promoção da saúde; fortalecimento da relação médico paciente e realidade do caso (Bedrikow e Campos, 2015; Lopes, 2005).

Estas diversas conceituações guardam entre si uma necessidade em se pensar a intersubjetividade existente no momento assistencial, a partir de um entendimento de que o modelo biomédico trouxe limitações à uma abordagem mais integral nos cuidados em saúde. A seguir veremos também como no âmbito das práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos, o conceito de *risco epidemiológico* mostrou-se também limitante, sendo necessário novas formulações no campo da Saúde Coletiva.

1.2. Promoção à saúde e prevenção de agravos: do risco à vulnerabilidade

Mundialmente, a partir de críticas à fundamentação excessivamente biomédica do modelo proposto de uma História Natural da Doença (HND), aliadas aos custos crescentes com a saúde e ao baixo impacto da assistência médica especializada, foram surgindo, a partir dos anos 1970, diversas propostas no sentido de considerar mais radicalmente os determinantes sociais dos processos de saúde-doença-cuidado e de ampliar as estratégias de ação no sentido da intersectorialidade nas atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos.

É neste contexto que se produz o Informe Lalonde, no Canadá, que se tornou o marco do surgimento da moderna Promoção da Saúde. O informe dividia o campo da saúde em quatro componentes: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde, e apresentava cinco estratégias para enfrentamento dos problemas: promoção da saúde, regulação da atenção à saúde, eficiência na assistência médica, articulação da atenção com a pesquisa e fixação de objetivos para o sistema de atenção à saúde.

Em 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre promoção da Saúde em Ottawa, com a aprovação da Carta de Ottawa, que afirma como condições e recursos fundamentais para saúde: a paz, a habitação, a educação, a

alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (Pache e Hennington, 2006).

Temos, após Ottawa, a realização de diversas Conferências, que reafirmam compromissos internacionais com ações e estratégias de saúde cujos princípios podem ser assim sistematizados: concepção integral da saúde, intersectorialidade, *empowerment*, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade. Com isso, a promoção da saúde deixa de ser entendida como um momento técnico das ações de prevenção primária e passa a ser entendida como uma proposta política (Ayres, 2012a).

Porém, o *conceito epidemiológico de risco*, que baliza as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, embora muito importante para identificar a etiologia e grupos mais afetados por determinadas patologias, provou ser limitado para se pensar em ações que levem em conta a subjetividade, a significação, a interação e a dinamicidade concretamente envolvidos nos processos saúde-doença-cuidado.

Ayres (2002) discute as origens deste conceito e nos mostra que, assim como a clínica teve grande êxito em oferecer uma base empírica para relações de eficiência causal, permitindo o estabelecimento de um padrão normativo, esta racionalidade médica moderna, em torno das ideias de normal e patológico, o conceito de risco estabelece uma continuidade deste campo normativo do plano individual, com uma normatividade de caráter substancialmente coletivo. O

comportamento quantitativo de fenômenos aferíveis no plano das populações torna-se também elemento necessário e suficiente para inferências causais, configurando a estrutura epistemológica básica para formalização de um novo campo científico: a Epidemiologia. Para Ayres (2002, p.132):

A reestruturação dos saberes da saúde, no mesmo movimento em que incorpora o espaço social à produção de inferências científicas no plano individual, fornece ao coletivo um terreno mais sólido para os procedimentos empíricos e teóricos necessários à objetivação das causas eficientes. A clínica, tendo recebido do coletivo a possibilidade de quantificar a diversidade sobre a qual apõe o selo normativo do patológico, devolve ao coletivo um substrato estável o suficiente para “domar” o irrequieto social.

E a partir das primeiras décadas do século XX, impulsionado pela necessidade de desenvolvimento de tecnologias de controle das doenças infecciosas, surge na retórica da Epidemiologia, o conceito de risco, como medida de probabilidade, buscando contornar, conceitual e empiricamente, as difíceis mensurações e os complexos controles, como por exemplo dos determinantes sociais. A inclusão da probabilidade nas ciências da saúde, ao quantificar incertezas contidas nas associações causais, expandiu o alcance tecnonormativo das práticas de saúde e conferiu-lhes versatilidade especulativa sem precedentes. O conceito de risco irá se constituir em umas das mais impactantes construções conceituais em saúde na modernidade. A Epidemiologia, como uma espécie de “macroscópio” das ciências biomédicas, passa a ter cada vez mais centralidade nas sociedades ocidentais contemporâneas, onde aumentou exponencialmente a necessidade de regulação e vigilância constantes do controle da saúde/doença (Ayres, 2007b).

É apenas no fim do século XX, que surge o desenvolvimento de um conceito que buscará reconfigurar o conhecimento e as práticas de promoção e prevenção, o conceito de *vulnerabilidade*. Este conceito surge no âmbito das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos, e emerge no contexto da construção de respostas à pandemia da AIDS. Entende-se vulnerabilidade como:

Um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para a sua proteção. (Ayres, 2012a, p. 78)

Com o quadro da vulnerabilidade, busca-se contextualizar os fenômenos descritos pelos estudos de risco por meio da identificação de um conjunto de aspectos envolvidos na produção do adoecimento, traduzidos em três planos interdependentes: a vulnerabilidade individual, a programática e a social. A vulnerabilidade individual diz respeito a pessoa em interação nas cenas cotidianas (corpo e estado de saúde, trajetória pessoal, escolaridade, acesso a informação, redes afetivo-sexuais, valores, crenças, desejos, etc.). A vulnerabilidade social refere-se às condições sociais em que estão entretecidas as interações cotidianas descritas no plano individual, nos marcos da organização socioeconômica, política e cultural das comunidades (liberdades, mobilização, relações de gênero, relações raciais e étnicas, relação de geração, acesso a emprego, saúde integral, justiça, cultura, etc.). A vulnerabilidade programática diz respeito à análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde (Políticas específicas, sustentabilidade,

acesso e equidade na saúde, integralidade, equipes multiprofissionais, etc.) (Ayres, 2012a).

Com isso, a partir do conceito de vulnerabilidade, dá-se uma aproximação do campo que discute ações de promoção e prevenção em saúde com a abordagem baseada nos *direitos humanos*. Nas análises de vulnerabilidade, os direitos humanos mostram toda sua importância, seja por remeter ao plano mais institucionalizado de leis e convenções que regulam, local e globalmente, as prerrogativas de indivíduos, grupos populacionais e mesmo Estados, e que ajudam a identificar iniquidades e desrespeitos determinantes do adoecimento, seja por oferecerem uma referência normativa não naturalizada e não moralista para juízos e ações na construção de interpretações e respostas aos adoecimentos e necessidades de saúde (Ayres, 2012a).

1.3. O lugar estratégico da Atenção Primária à Saúde e a integralidade como norteadora de suas ações

O grande marco para o início do pensamento sobre a importância da atenção primária à saúde foi a divulgação do Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, que preconizava a organização do sistema de saúde britânico em 3 níveis: os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários e os hospitais-escola.

No Brasil, na década de 1950 e 1960, junto ao “projeto preventivista” e aliados às ideias da Medicina Comunitária, com apoio de organismos internacionais, surgem iniciativas nos Departamento de Medicina Preventiva das escolas médicas os programas de integração docente-assistencial, de interiorização da formação e de incentivo à construção dos chamados sistemas de saúde locais.

Mas, é apenas no fim da década de 1970 que, com os custos crescentes e a expansão do direito ao acesso à saúde, que Organização Mundial da Saúde, com a Conferência de Alma-Ata, preconiza que os países deveriam fortemente investir na Atenção Primária à Saúde, reorientando seus modelos assistenciais. A partir da década de 1980, inúmeros estudos passam a demonstrar que países com uma orientação mais forte para a APS possuíam melhores níveis de saúde com custos mais baixos (Starfield, 2002).

No Brasil, embora já houvesse experiências pontuais de atenção primária e de processos de formação na área, foi a consolidação do Sistema Único de Saúde, no fim da década de 1980, que organizou e expandiu a constituição da APS no país. Na década de 1990, o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi escolhido como proposta de modelo para a atenção básica. Inicia-se em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e amplia-se em 1994, com a constituição das equipes de saúde da família, se tornando a estratégia estruturante principal da APS no Brasil, a partir de 1998 (Bedrikow e Campos, 2015). Com períodos de forte expansão, alternados com períodos de retração, atualmente o Brasil conta

com 43.741 equipes, uma estimativa de cobertura de 134.765.691 habitantes, o que equivale a 64,90% da população⁴.

Bedrikow e Campos (2015) consideram como principais componentes organizativos da APS no Brasil: Definição e descrição do território de abrangência da unidade básica; adscrição da clientela; diagnóstico de saúde da comunidade; acolhimento e organização da demanda; trabalho em equipe multiprofissional; enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; estímulo à participação e controle social; organização de ações de promoção à saúde; resgate da medicina popular; organização de um espaço de cogestão coletiva na equipe; identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência; clínica ampliada e educação permanente em saúde.

Lopes (2012) define a APS como sendo o primeiro contato e a porta de entrada no sistema; instância responsável pelo acompanhamento contínuo dos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, coordenação do cuidado de todas as necessidades de saúde da pessoa e atendimento integral e personalizado na prestação dos serviços de saúde.

Para Ayres (2012b) a APS pode ser definida pela natureza das necessidades e

⁴Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

(consultado em 28/03/2018)

demandas que lhe são peculiares, como um dos níveis de organização do sistema ou ainda como uma tecnologia, como um modo de operar o processo de trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde. Como tecnologia é composta por um conjunto de instrumentos materiais e imateriais que devem atuar de forma integrada: programas de ação de promoção da saúde, de prevenção de agravos, recuperação e reabilitação, utilizando equipamentos de baixa complexidade, porém empregando saberes e organização de alta complexidade, orientado pela *integralidade* como norteadora de suas ações. O autor nos mostra que a *integralidade* nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado para responder universalmente às necessidades de cada um. Neste sentido, nos mostra que este é um princípio que deve ser aplicado em todos os níveis de atenção do sistema, mas é na APS que ele adquire importância estratégica. A APS teria por definição a responsabilidade central na identificação, execução e articulação das ações de saúde que devem ser realizadas para responder às necessidades dos indivíduos. Este autor, propõe quatro eixos, estreitamente relacionados, para uma definição de *Integralidade* na organização da saúde: 1. Eixo das necessidades: diz respeito ao desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta às necessidades, qualidade e natureza da escuta, acolhimento. 2. Eixo das finalidades: refere-se aos graus e modos de integração entre ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, não segmentação de ações, sinergismos. 3. Eixo das articulações: refere-se à composição dos saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais, ações intersetoriais. 4. Eixo das interações: diz respeito à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de

cuidado, dialogia entre sujeitos.

Paim e Silva (2010) discutem que o conceito de integralidade, tal como elaborado por autores nacionais, aproxima-se na literatura internacional dos termos *comprehensive medicine* e *comprehensive care*. No Brasil, contudo, a Integralidade aparece na Constituição Federal como uma diretriz para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado de descentralização e participação da comunidade. Para os autores, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira contemplou a integralidade por quatro perspectivas: como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, através da atenção primária, secundária e terciária; como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; como garantia de continuidade de atenção nos diversos níveis e como articulação das políticas públicas.

Mattos (2004) nos mostra que o conceito de integralidade tem funcionado como uma imagem-objetivo, como uma forma de indicar características desejáveis no sistema e nas práticas de saúde, em contraste com as características encontradas. Este autor identifica três conjuntos de sentidos encontrados para o conceito: um primeiro aplicado a características das políticas de saúde ou de respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivas e curativas; um segundo relacionado aos aspectos da organização dos serviços e um terceiro relacionado a atributos das práticas de saúde. Para este autor, nas práticas de saúde temos uma primeira dimensão que seria expressada pela

capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento do outro, articulando esta demanda às ações preventivas. A integralidade nas práticas do cuidado envolveria primordialmente uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito e uma capacidade de contextualização adequada das ofertas. Nesta perspectiva, o autor defende que para além do conhecimento sobre as doenças, deve-se conhecer “os modos de andar a vida” daqueles que procuram os serviços de saúde, construindo, a partir do diálogo, projetos terapêuticos individualizados.

Desta forma, ao lado de um melhor entendimento sobre as novas formas de se pensar as práticas e o *Cuidado* em saúde, a partir de uma crítica ao modelo biomédico, e utilizando o *Cuidado* como uma outra perspectiva ao se pensar o momento assistencial; ao repensar as práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos, utilizando a *vulnerabilidade* como conceito chave neste âmbito; e entendendo a Atenção Primária à Saúde como lugar estratégico e a *Integralidade* como norteadora de suas ações, esta investigação buscou compreender as potencialidades e limites em se comunicar tais práticas e conceitos, através da grande mídia. Para tanto, fez-se necessário um maior entendimento sobre origens e práticas no campo da Comunicação, conforme discussão proposta no Capítulo 2.

2. Comunicação na grande mídia: ordem, hegemonia e a construção do imaginário social em escala global

2.1. Esfera pública comunicacional e a manutenção de ordem econômica e social

Habermas (2014), nos mostra como, o aparecimento de uma esfera pública comunicacional, esteve marcado por uma publicização menos implicada com a troca de argumentos e confronto de ideias e opiniões, e com o princípio de publicidade, que coloca à disposição da opinião pública os elementos de informação que dizem respeito ao interesse geral coletivo, e, mais direcionadas ao modelo “fabricação de opinião”, inspiradas no modelo comercial, a partir da intrusão das leis de mercado na esfera da produção cultural.

Apesar da invenção da prensa mecânica por Guttenberg e do aparecimento da imprensa, com a constituição de uma esfera “publicitária” comunicacional, serem em geral mencionadas como marcos do aparecimento de uma comunicação na esfera coletiva, Teixeira e Cyrino (2003) discutem como, nas últimas décadas do século XVIII, se encontram indícios de um discurso sobre o papel da comunicação, a partir de suas virtudes em integrar o trabalho coletivo e unificar o espaço comercial, muito relacionado ao tema da divisão do trabalho e ao modelo de fluxos materiais, da chamada economia clássica inglesa. Para os autores, do fato da origem da problemática da comunicação, da circulação das informações, estar totalmente atrelada à questão das mercadorias, e das preocupações econômicas serem responsáveis pelo início da ideia de um sistema de trocas e fluxos, decorreram inúmeros desdobramentos, perpetuando, até os dias de hoje, esta complexa e imbricada relação entre liberalismo

econômico e sistema de comunicação.

(...) as primeiras concepções sobre comunicação social, em seu berço economicista, são, digamos, “pré-publicitárias” e obedecem a lógica da “boa ordem” ou da “funcionalidade” econômica e social e do controle de fluxos de informações. Temos, então, nesse caso, um imaginário bastante “utilitarista” e “controlista” a respeito da comunicação, que, como sabemos, jamais deixará de coexistir junto aquele outro que vincula a comunicação à “transparência” e à “publicidade” e, se não ao “diálogo”, pelo menos ao “debate público”. (Teixeira & Cyrino, 2003, p. 153)

Para Mattelart & Mattelart (2014) um elemento importante na constituição de um pensamento sobre comunicação foi o aparecimento de uma leitura do social como metáfora do ser vivo, da “sociedade como organismo”, fazendo com que, diversos autores, buscassem na organização social a coerência, a integração, as funções definidas e interdependentes, semelhante à de um organismo. As vias de comunicação eram, em geral, comparadas ao sistema vascular do organismo. Herbert Spencer (1820 – 1903) irá fazer uma analogia um pouco diferente, mas bem reveladora, das concepções que se apresentam neste período. Este autor irá associar o papel da comunicação aos dois sistemas básicos do organismo: o distribuidor e o regulador. O primeiro, assim como o sistema vascular, faria o encaminhamento da substância nutritiva, aqui visto como as estradas, canais e ferrovia, e o segundo, como um sistema nervoso (responsável pelas relações complexas entre o cérebro dominante e sua periferia), seria realizado pelo conjunto dos meios de comunicação, identificando-os como responsáveis por propagar informações e influência de um centro para a periferia. A “biologização” do social, aliada a um conjunto de

outras obras sociológicas deste período, nos levará a outra noção fundadora de um pensamento sobre comunicação que é a de *desenvolvimento*, caracterizada como o entendimento dos sistemas de comunicação como agentes do desenvolvimento e civilização. Esta concepção entende que o progresso só poderia atingir a periferia por meio da irradiação de valores do centro, levando diversos autores a desenvolverem, após a Segunda Guerra, uma “sociologia da modernização”, em que as mídias passam a ocupar um lugar estratégico. (Mattelart & Mattelart, 2014)

Também devemos considerar que é neste período que nas cidades ocorrerá uma explosão demográfica sem precedentes, que faz surgir a problemática da “sociedade de massas”, e a necessidade de se estabelecer medidas de controle e ordem. Surgem, então, diversos dispositivos, “tecnologias de gestão das massas”, como, por exemplo, as ciências da mensuração humana e as medidas médico-sanitárias de controle de epidemias (Teixeira & Cyrino, 2003). As tecnologias de gestão sanitárias das cidades acabam por gerar um espaço público “publicitário” com a publicização de suas medidas e achados, sempre mais relacionadas à “fabricação de opiniões” do que ao debate de ideias, conforme discutido por Habermas. (Habermas, 2014; Mattelart & Matterlart, 2014; Teixeira & Cyrino, 2003).

Nas décadas seguintes, com o crescimento dos meios de comunicação coletiva, surgem diversas correntes e pesquisas, e a constituição de um campo mais estruturado de estudos sobre comunicação. Nos EUA, no início do século XX,

estes estudos se ligam ao projeto de construção das ciências sociais sobre bases empíricas. Nas décadas seguintes, os estudos concentram-se em duas grandes frentes: a propaganda comercial (buscando influir no comportamento do consumidor) e a propaganda política (associada à “comunicação de guerra”)(Teixeira, 1997; Matterlart & Matterlart, 2014).

2.2. Cultura de massas, indústria cultural e a reprodutibilidade dos produtos artísticos

No mesmo período em que nos EUA as pesquisas se concentravam em responder aos administradores de mídia, estudiosos da Escola de Frankfurt, em especial Adorno e Horkheimer, a partir de 1940, irão fazer forte crítica aos meios de comunicação, discutindo a relação entre comunicação, cultura e poder. Ao criticar a reprodutibilidade das obras culturais, estes autores defendem que os produtos culturais, entre eles os filmes, programas radiofônicos, revistas, etc., ilustravam a mesma racionalidade técnica, o mesmo esquema de organização e de planejamento que outras mercadorias. Para eles, a transformação do ato cultural em valor suprimia sua função crítica e dissolveria sua experiência autêntica. A Indústria cultural teria um enorme potencial de alienação e comodificação (Matterlart e Matterlart, 2014).

Outro autor que irá discutir este tema, também da Escola de Frankfurt, mas com opinião distinta, será Walter Benjamin, em especial no seu livro “A obra de arte

na época de sua reprodutibilidade técnica”. Para Benjamin (2014) a reprodutibilidade técnica alteraria a relação das massas com a arte, na medida em que a multiplicação de sua reprodução permitiria que a obra fosse ao encontro daquele que a recebe, o que atualizaria o que é produzido. O autor acredita que a reprodutibilidade faria desaparecer da obra de arte sua “aura”, abalando a tradição, o que modificaria sua função social positivamente. Para o autor.

No instante, porém, em que a medida da autenticidade não se aplica mais à produção artística, resolve-se toda a função social da arte. No lugar de se fundar no ritual, ela passa a se fundar em outra práxis: na política. (Benjamin, 2014, p. 35)

Edgar Morin (2011), na França, também irá discutir o surgimento de uma *cultura de massas*. Este autor irá descrever um intenso movimento surgido na década de 1930, primeiramente nos Estados Unidos, mas depois no conjunto de países ocidentais, em que as massas populares urbanas, e uma parte dos campos, começam a ter acesso a novos padrões de vida, de consumo e de lazer, que era até então privilégio apenas das classes burguesas. Com isso, surgiria uma cultura de massas, que se constitui em função das novas necessidades que emergem. Para Morin (2011, p. 4), a cultura de massas é entendida como:

... aquela que é produzida segundo normas maciças de fabricação industrial, propagada pelas técnicas de difusão maciça, destinando-se a uma massa social, isto é, um aglomerado gigantesco de indivíduos compreendidos aquém e além das estruturas internas da sociedade (classes, famílias).

E é essa nova modalidade de produção que irá fornecer à vida privada as imagens e modelos que darão forma às aspirações deste público. Para o autor

“... estas novas mercadorias são as mais humanas de todas, pois vendem a varejo os ectoplasmas de humanidade, os amores e os medos romanceados, os fatos variados do coração e da alma”. (Morin, 2011, p. 4)

Morin (2011) discute a apropriação pela Indústria cultural da própria estrutura do imaginário. O imaginário se estruturaria segundo arquétipos, existindo figurinos-modelo do espírito humano que ordenam os sonhos racionalizados que são os temas míticos ou romanescos. As regras, convenções, gêneros artísticos impõem estruturas exteriores, enquanto que as situações-tipo e personagens-tipo forneceriam as estruturas internas às obras. A indústria cultural padronizaria os grandes temas romanescos, fazendo clichês dos arquétipos em estereótipos:

E é a partir deste universo imaginário que o leitor/espectador se projeta e se identifica com os personagens em situação segundo transferências incessantes e variáveis. Estas transferências psíquicas que asseguram a participação estética nos universos imaginários (Morin, 2011, p. 16)

Para este autor, a concentração técnico-burocrática pesaria universalmente sobre a produção cultural de massa, sempre com uma tendência à despersonalização da criação com uma racionalização da produção (técnica, comercial, política) sobre a invenção. No entanto, constata que esta tendência se choca com outra contrária, da natureza própria do consumo cultural, que sempre quer um produto novo, individualizado. Esta será, portanto, uma contradição constante e fundamental que se operará no funcionamento da cultura industrializada.

Em cada caso, portanto, se estabelece uma relação específica entre a lógica industrial-burocrático-monopolístico-centralizador-padronizadora e a contralógica individualista-inventivo-concorrencial-autonomista-inovadora. Essa conexão complexa pode ser alterada por qualquer modificação que afete um só de seus aspectos. É uma relação de forças submetidas ao conjunto das forças sociais, as quais mediatizam a relação entre autor e público; dessa conexão de forças depende, finalmente, a riqueza artística e humana da obra produzida (Morin, 2011, p.16)

2.3. Cultura e hegemonia: a televisão, os gêneros e os estudos culturais

Walter Benjamin, ao discutir novas formas de arte midiática, será uma grande referência para o surgimento, algumas décadas depois, dos chamados “*cultural studies*” ou estudos culturais. Estes estudos têm sua origem na década de 1960, muito vinculado ao Birmingham Centre for Contemporary Cultural Studies, na Inglaterra (Stam, 2013).

O filósofo marxista italiano Antonio Gramsci também foi uma influência muito importante. Seus conceitos de *hegemonia* e *guerra de posição* foram fundantes no pensamento desta produção. Para Matterlart e Mattelart (2014, p. 108):

A noção de hegemonia desloca a de classe dominante, cujo poder residiria inteiramente em sua capacidade de controlar as fontes do poder econômico. Na análise do poder, introduz a necessidade de considerar negociações, compromissos, mediações. A noção gramsciana ilustra, precocemente, a recusa de alinhar de modo mecânico as questões culturais e ideológicas às da base econômica, trazendo ao primeiro plano a questão da sociedade civil como distinta do Estado.

Os estudos culturais interessavam-se em situar os meios, como o cinema e a

televisão, em um contexto histórico e cultural mais amplo. Fundamentando-se em distintas fontes intelectuais e com metodologia eclética e aberta, partem de uma ideia democratizante de que todos os fenômenos culturais são dignos de estudo (Stam, 2013, p. 250).

Os estudos culturais não se interessam tanto pela manipulação ideológica imposta por dispositivos e por elites quanto pelas resistências de grupos subculturais que lhe são contrapostas (...) uma das ideias fundamentais é a compreensão da cultura como campo de conflito e negociação no interior de formações sociais dominadas pelo poder e atravessadas por tensões relativas a classe, gênero, raça e sexualidade.

Para Frow & Moris (2006, p. 318), os estudos culturais têm se preocupado “em examinar os conflitos políticos que estão em jogo em contextos concretos e em relação a determinados grupos de pessoas”. Estes estudos estão intimamente ligados com as “guerras de representação”, que vem ocorrendo com uma frequência cada vez maior, em parte possibilitadas pelo aparecimento de novas tecnologias, que possibilitam a comparação das representações “globais” com suas próprias representações, gerando discordância com aquilo que é representado.

Xavier (2014), analisando o cinema e a realidade latino-americana, por exemplo, mostra a impossibilidade de se analisar uma determinada proposta estética sem verificar o contexto mais geral que ela foi produzida. Para Xavier (2014, p. 168):

(...) a maior dificuldade está em estabelecer em cada contexto nacional em cada momento, qual o peso ideológico-político de cada um dos aspectos em jogo. Nos países latino-americanos, onde a questão nacional e a luta pela conquista do mercado assumem uma significação

muito específica (=luta contra a colonização cultural), as considerações do cineasta frente as diferentes modalidades de discurso tendem a assumir uma orientação diferente daquelas encontradas no sistema 'desenvolvido' contemporâneo.

Martín-Barbero, em sua obra “Dos meios às mediações: Comunicação, cultura e hegemonia” (2013), discute a questão da cultura de massa, demonstrando que esta não surge apenas como um desdobramento a partir do surgimento dos meios massivos de comunicação, nem tampouco apenas como um instrumento de dominação da ideologia dominante. Para este autor:

(...) o que se passa na cultura, quando as massas emergem, não é pensável a não ser em sua articulação com as readaptações com a hegemonia, que, desde o século XIX, fazem da cultura um lugar estratégico para reconciliação das classes e a reabsorção das diferenças sociais (...) a tecnologia materializou mudanças que, a partir da vida social, davam sentido a novas relações e novos usos. Estamos situando os meios no âmbito das mediações (Martín-Barbero, 2013, p. 196 e 197)

Este autor irá analisar a presença de uma relação de cumplicidade com o novo público popular e um tipo de demarcação cultural que levaria pela primeira vez um discurso homogêneo e uma imagem unificada do popular, uma primeira figura da massa, vértice que levaria o popular ao massivo, conferindo especial destaque ao melodrama neste contexto e sua relação com as *matrizes culturais*.

A obstinada persistência do melodrama, mais além e muito depois de desaparecidas as condições de surgimento, e sua capacidade de adaptação aos diferentes formatos tecnológicos não podem ser explicadas nos termos de uma operação puramente ideológica ou comercial. Faz-se indispensável propor a questão das matrizes culturais, pois só daí é pensável a mediação efetivada pelo melodrama entre o folclore das feiras e o espetáculo popular-urbano, quer dizer massivo

(Martín-Barbero, 2013, p. 172).

Robert Stam (2013) nos mostra que esta reflexão sobre os *gêneros* é etimologicamente originada do latim *genus* (“espécie”), sendo considerada como a classificação das várias espécies de textos literários e o estado da evolução das formas literárias. Recorrendo a Aristóteles, este autor nos mostra que na “Poética”, este autor propõe tratar a poesia em diferentes espécies, com a observação da qualidade essencial de cada uma delas. O “modo de representação” originou a tríade épico, drama e lírico. Cada uma se refere a formas específicas de construção simbólica, com maneiras particulares de se posicionar diante do mundo.

Porém, Martín-Barbero (2013) propõe discutir a questão dos gêneros não a partir da concepção literária, como algo que ocorre no texto, como propriedade da obra, e sim algo que ocorre pelo texto, sendo menos uma questão de estruturas e mais um lugar “exterior” à obra, a partir de onde o sentido é produzido e consumido. Para o autor, o gênero designa “um certo funcionamento social das narrativas, um funcionamento diferencial e diferenciador, cultural e socialmente discriminatório, que atravessa tanto as condições de produção quanto as de consumo” (Martín-Barbero, 2013, p. 189). Como exemplo, este autor, irá recompor todo o percurso histórico do melodrama, mostrando a sua origem no século XVIII, na França e Inglaterra, como espetáculos de feiras e narrativas advindas da literatura oral. Neste momento e nestes países, haveria uma proibição da existência de teatros populares, com os teatros oficiais reservados

às classes altas, sendo permitido ao povo apenas representações sem diálogos, o que levaria a um excesso de gestos nas representações e uma atuação baseada na fisionomia. O importante neste momento passa a ser o que se vê, empregando-se duas operações básicas: a esquematização e a polarização, permitindo a relação da experiência com os arquétipos. Estas características presentes neste tipo de representação artística podem ser verificadas até os dias de hoje, demonstrando a importância da presença das *matrizes culturais* na explicação da origem deste fenômeno, conforme proposto pelo autor.

Outra questão diretamente problematizada pelos estudos culturais foi a televisão. Em geral, estes estudos defendem que se aborde a questão televisiva sem separar suas formas estéticas de seus aspectos econômicos e do seu entendimento social (Frow & Moris, 2006, p. 322).

Como um objeto principalmente doméstico disponível a uma multiplicidade de usos de ordem pública, comunal, familiar e pessoal, a televisão pode ser definida com a mesma plausibilidade como uma arte, como uma indústria, como uma força social, como um regime pedagógico, como um veículo de vendas, como um item destinado a preencher um espaço da casa e da decoração de interiores, como um terreno de negociação entre mercados e governo e como um interruptor em um circuito de estilo de vida ou em uma rede de consumo.

Nesta linha, diversos autores problematizaram esta questão. John Hartley (1998) discute a televisão como uma das artes em que a forma acompanha a função. Com isso, deveriam ser realizadas “análises textuais” do ambiente semiótico que envolve o meio, e não apenas dos shows ou de segmentos individuais. Este ambiente semiótico incluiria as atividades econômicas e

políticas práticas, bem como as relações sociais (Frow & Moris, 2006). David Morley (1986) também estudou a importância do contexto da recepção, destacando o lugar ocupado pela televisão nas atividades de lazer dos diversos membros da família, as leituras particulares, a distribuição desigual do poder de decisão na escolha dos programas, os horários e os diferentes comportamentos de recepção. Stuart Hall (1973) examinou o processo de comunicação televisiva distinguindo quatro momentos: produção, circulação, distribuição/consumo e reprodução. Cada momento apresentaria suas próprias modalidades e condições de existência, mas se articulam e são determinadas por relações de poder institucionais (Matterlart e Matterlart, 2014).

Martín-Barbero (2013) discute a televisão também a partir de suas mediações, elencando três elementos que delimitam e configuram a materialidade social e a expressividade cultural deste meio: a cotidianidade familiar, a temporalidade social e a competência cultural. As mediações que a cotidianidade familiar apresenta na configuração da televisão podem ser examinadas no âmbito da recepção, como também no próprio discurso televisivo. Para a maioria das pessoas, a família representa uma situação primordial de reconhecimento e constitui-se como um espaço de fortes tensões e conflitos, sendo um dos poucos lugares onde as pessoas podem manifestar suas ânsias e frustrações. A família passa a ser um dos espaços fundamentais de leitura e codificação da televisão, e esta passa a trazer o mundo da ficção e do espetáculo para a cotidianidade e rotina da casa, facilitando o trânsito entre a realidade cotidiana e o espetáculo ficcional. A temporalidade social mostra um tempo organizado pela televisão

diferente do tempo produtivo, mas não menos valorizado pelo capital, em que o que transcorre é medido. O tempo da televisão, constituinte da cotidianidade, é um tempo repetitivo, feito não de unidades contábeis e sim de fragmentos. A competência cultural, para o autor, passa pela discussão de que em nenhum outro meio existiria uma junção tão contraditória entre a “desativação de diferenças sociais” e “integração ideológica”, e a presença das matrizes culturais. Para Martín-Barbero (2013) seriam os *gêneros* que ativariam a competência cultural dando conta das diferenças sociais que a atravessam.

Uma importante reflexão nos dias de hoje e que merece novos estudos é de que forma o aparecimento do ciberespaço tem modificado os contextos de recepção da mídia televisiva. A partir do surgimento das mídias sociais, a família parece ter deixado de ser o espaço primordial de leitura e decodificação da TV, que é ocupado agora pelas comunidades virtuais. Segundo Costa (2005, p. 246):

Tal revolução (dos meios de comunicação) acabou por provocar uma mudança determinante na forma de interação entre os indivíduos, no modo como cada um poderia interagir e estar em contato com outros ao seu redor. É isso que vivenciamos hoje, com o surgimento do ciberespaço, a multiplicação das ferramentas de colaboração on-line, as tecnologias de comunicação móvel se integrando às mídias tradicionais etc. O resultado mais conhecido de todo esse processo são as comunidades virtuais. Essa nova forma é rizomática, transitória, desprendida de tempo e espaço, baseada muito mais na cooperação e trocas objetivas do que na permanência de laços. E isso tudo só foi possível com o apoio das novas tecnologias de comunicação.

Sobre a estrutura e dinâmica da produção televisiva, Martín-Barbero (2013) aponta algumas instâncias e dispositivos concretos deste sistema produtivo: a competitividade industrial (desenvolvimento tecnológico, inovação *versus* risco financeiro); a competência comunicativa (reconhecimento pelos públicos); os níveis e fases de decisão (quem, em que momento e critérios para a produção), as ideologias profissionais (campo de tensões entre sistema produtivo, regras do gênero, demandas sociais, iniciativa e criatividade); as rotinas de produção (rentabilidade sobre o tempo de produção) e as estratégias de comercialização (corte narrativo para a publicidade).

2.4. Novos formatos e a centralidade da imagem

Stam (2013) discute a existência de uma diluição da especificidade midiática, com o surgimento de um amplo espectro de meios audiovisuais (videogames, computadores, realidade virtual) e com a presença da mídia digital, gerando uma nova conformação do audiovisual e um “borramento” de suas fronteiras. A televisão, por exemplo, não apareceria mais como antítese do cinema, mas quase como um “*continuum*”, com um cruzamento importante em termos de recursos humanos, financeiros e mesmo estéticos. Também a questão da autoria vem sofrendo uma série de modificações, ficando cada vez mais rara a criação individual, sendo em geral as obras criadas por artistas multimidiáticos e dependentes de uma rede diversificada de produtores de mídias e técnicos especialistas. Destaca-se também o advento de novos locais de exibição (aviões, aeroportos, bares) e o aparecimento de um novo tipo de espectador. As

novas tecnologias fazem com que a imagem seja cada vez mais “imersiva”, dando a sensação de que o espectador está na imagem, em vez de ser por ela confrontado. “O espectador já não é um senhor iludido da imagem, mas seu habitante”. (Stam, 2013, p. 348).

Jason Mittell (2012), defende o aparecimento de uma era da complexidade na televisão, surgida nas últimas duas décadas. Para o autor, diversas séries televisivas, constituíram um novo tipo de *storytelling*, que apesar de ainda não estar na maior parte da programação atual, se diferencia por usar a complexidade narrativa como alternativa à narrativa televisiva convencional. Este novo formato, embora tenha grande influência do cinema, especialmente no que diz respeito ao estilo visual, das novelas, dos videogames e das histórias em quadrinhos, possui especificidades próprias do meio televisivo.

Para este autor, embora os estudos sobre comunicação de massa e os estudos culturais possuam metodologias marcadamente diferentes, ambos tendem a privilegiar os impactos sociais em detrimento das análises estéticas. Mittell (2012) acredita que a análise dos modelos narrativos e das inovações nos formatos midiáticos não são como uma “liberação criativa” sob responsabilidade de artistas visionários, mas sim uma combinação de forças históricas que operam para transformar normas estabelecidas através de uma prática criativa. Existiriam alguns elementos que colaboraram com o surgimento desta nova forma narrativa, segundo Mittell (2012). Com o crescimento do número de canais e a audiência de todos os programas reduzida, os canais perceberam que, para

um programa ser economicamente viável poderia ser suficiente um público seguidor pequeno, porém dedicado. Outra questão seria a popularização da transmissão a cabo e dos aparelhos de videocassete e DVD, com o espectador podendo escolher quando e como quer assistir um programa, podendo rever episódios ou parte deles, em horários distintos. Também o surgimento da internet, permitiu a busca por informações, interpretações e discussões das narrativas complexas, criando uma inteligência coletiva e uma cultura de fãs, engajados e com um papel ativo, buscando decodificar as histórias complexas. Esta forma de complexidade poderia proporcionar uma “ginástica cognitiva”, contribuindo para a habilidade de resolver problemas e de observação.

De maneira geral, Mittell (2012) argumenta que, neste novo formato, privilegia-se estórias com continuidade, passando por diversos gêneros, desvinculando das concepções genéricas identificadas nas novelas e do estilo melodramático. Desconsidera-se a atenção dada nas novelas mais aos relacionamentos do que à trama, tendo a trama posição muito mais central. O relacionamento surge a partir do desenrolar do enredo, e não o inverso. Além disso, estas narrativas não adiam o desfecho narrativo, pois em geral apresentam tramas episódicas, combinadas a arcos narrativos multiepisódicos e dramas contínuos de relacionamento. Outra característica seria proporcionar além dos efeitos especiais, já conhecidos no cinema, criar o chamado “efeito especial narrativo”, trazendo a estética operacional para o primeiro plano, chamando a atenção para a natureza construída da narração. Com isso, assim como nos videogames e na internet, surge a necessidade de compreensão dos procedimentos, um

reconhecimento de que qualquer modo de expressão acompanha protocolos específicos.

O drama seriado contemporâneo tem sua origem nos Estados Unidos, na televisão a cabo, nos fins dos anos 1990. Para Silva (2015), este formato combina o drama e a épica, com a intensidade concisa do episódio e a distensão narrativa da temporada, proporcionando um duplo engajamento sensorial. Estas duas experiências estariam moduladas a partir do ordenamento de microestruturas (cenas unitárias que se articulam na formação do episódio) e de macroestruturas (arcos transversais que se entretêm na formação das temporadas). Ao invés de uma oposição entre episódio e temporada, o seriado contemporâneo promoveria uma síntese entre ambos, oferecendo aos episódios a dimensão narrativa (não mais se limitando a situações procedurais) e às temporadas a dimensão dramática, que se manifesta no desenvolvimento unitário da história até o clímax.

Nestas estruturas narrativas, os personagens são multifacetados, apresentando falhas de caráter, como também são objetos de transformação no decorrer da narrativa, resistindo a qualquer tipo de classificação tipificante. Para o autor, o drama seriado contemporâneo se definiria por ser:

Uma representação gradual e complexa de um mundo que aos poucos revela sua profundidade rizomática, cuja função primordial é deteriorar gradativamente a compreensão inicial do mundo e fazer revelar, pouco a pouco, uma verdade multiforme que habita no fundo dos personagens e das relações humanas ali representadas. (Silva, 2015, p. 139)

Como resposta teórica a este conjunto de modificações, em que tanto as disciplinas quanto os meios mudaram seus lugares estabelecidos, vem surgindo um novo campo interdisciplinar denominado cultura visual (*visual culture*), situada nas fronteiras de disciplinas diversas como história da arte, iconologia e estudos de mídia. Para Stam (2013, p 345):

Por cultura visual entendemos um diversificado campo de interesses envolvendo a centralidade da visão e do visual na produção de sentidos, na estruturação das relações de poder e na configuração da fantasia em um mundo contemporâneo no qual a cultura visual não é apenas parte de um cotidiano, ela é o seu cotidiano.

Este campo tem feito críticas a uma visão “esteticista” da história da arte convencional, com ênfase aos gênios e obras-primas, buscando relacionar a arte e a mídia com outras práticas e instituições, discutindo como a visão está sempre associada a questão do poder social (Stam, 2013).

3. Comunicação e Saúde: a imagem e a construção de um universo simbólico sobre o processo saúde-doença-cuidado

3.1. O cinema, a “educação em saúde” e os males do Brasil

Sabe-se que desde o século XVI, com as ilustrações anatômicas, as imagens estiveram presentes na representação e no entendimento sobre o corpo e os processos saúde-doença. A partir do fim do século XIX, elas atingem outro nível de especificidade, sendo capturadas por formas mecânicas de reprodução, como o raio-X e o cinema. Desde então, vê-se um movimento crescente de difusão sem precedentes, em que as imagens passam a ocupar todos os

espaços, extrapolando a prática da Medicina, fazendo com que as fronteiras entre educação, entretenimento, informação e propaganda se tornassem cada vez menos nítidas. Com isso, passa a ser central a discussão sobre como a “objectividade” destas imagens são produto de uma complexa cadeia de decisões, concepções e disputas, e como estas vêm “treinando” nos médicos, nos outros profissionais de saúde e no público em geral, uma forma de olhar os processos relacionados à saúde. (Ostherr, 2013).

Lisa Cartwright, discute em “Screening the body: tracing Medicine’s visual culture” (1995), como, desde a sua origem, o cinema foi um importante elemento, que junto a outros instrumentos e técnicas visuais, como o quimógrafo, o microscópio e os aparelhos de raios-X, moldaram o entendimento moderno sobre a *vida* na cultura científica médica ocidental, na primeira metade do século XX. Ao resgatar conceitos produzidos por Michael Foucault (1926-1984) como a origem da ideia de *vida*, com o nascimento da biologia como disciplina no século XIX, e as *biopolíticas*⁵, esta autora apresenta como este instrumento de entretenimento popular, também funcionou como parte de um aparato social

⁵ Foucault (1986), mostra que, com o desenvolvimento do capitalismo, no fim do século XVIII e início do século XIX, a medicina não se tornou mais individual, individualista, baseada apenas em uma relação entre médico e paciente, e desta forma, menos “social”, mas muito pelo contrário. Para este autor, o capitalismo só pode estabelecer seu desenvolvimento estabelecendo um conjunto de ações e normas sobre os indivíduos, sobre os corpos, fazendo com que a medicina adquirisse um caráter cada vez mais coletivo e social, através do que denominou *biopolíticas*. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, que antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia bio-política.” (Foucault, 1986, p. 80)

através do qual a ciência e a medicina formaram e construíram projetos normativos, decompondo e reconfigurando os corpos, como forma de regulação e controle.

Apesar de o cinematógrafo, um instrumento para gravação e projeção de movimento vivo, ter sido inventado por Auguste Lumière e seu irmão Louis, em 1895, Cartwright (1995) em sua pesquisa histórica, nos mostra que, nos arquivos biográficos da Academia de Medicina de Nova York, no seu obituário, de 1954, Auguste Lumière é apenas exaltado por seus trabalhos nas áreas da biologia médica, farmacologia e fisiologia experimental, pouco sendo citada a sua grande invenção ligada à projeção de imagens. Para Cartwright (1995), esta supressão do obituário de Lumière é sintomática e revela uma desconsideração mais ampla sobre as implicações culturais na interdependência tecnológica da ciência e das formas de cultura popular.

Sempre soube-se que as fotografias seriadas de movimento produzidas por estudos fisiológicos foram chaves para o desenvolvimento tecnológico do cinema e que os filmes científicos foram um importante gênero do cinema em seu início, entretanto, Cartwright (1995) argumenta que permaneceu largamente desconsiderada a extensão com que este particular modo visual, que estava operando nos laboratórios ou em filmes científicos, foram integrados a outros gêneros do cinema e da cultura popular.

It's greatest importance is its function as an intertext between popular and professional representations of the body as the site of human life and

*subjectivity. As a mode of knowledge, the film motion study is interesting less for what it showed researchers about the mechanics of human life than for what it tells us now about the cultural desires, pleasures, and fantasies surrounding the modernist dynamic model of “life” generated in physiology and medical science and advanced through technologies like the cinema*⁶ (Cartwright, 1995, p. 4).

Mais do que simplesmente uma técnica para ciência e medicina no século XX ou um subgênero da tradição de documentários, as descobertas médicas aliadas ao novo aparato tecnológico que permitia um entendimento e um maior “controle” sobre a *vida*, foi um fenômeno transversal, que atravessou a cultura visual popular, pública e profissional, sendo um importante instrumento para legitimação e construção de diferentes leituras sobre os corpos e o processo saúde-doença, em diferentes períodos.

No início do século XX, o Brasil foi pioneiro no uso das imagens em movimento, como podemos ver no documentário “Cinematógrafo brasileiro em Dresden”⁷, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (2011). Foram resgatadas imagens de dois filmes exibidos em 1911, no pavilhão brasileiro da Exposição Internacional de Higiene em Dresden (Alemanha), e que, na ocasião, foram premiados pelo seu ineditismo. O primeiro filme retrata as medidas de combate à febre amarela

⁶ A sua maior importância é a função como um intertexto entre as representações populares e profissionais do corpo como o local da vida e da subjetividade humana. Como um modo de conhecimento, o estudo dos filmes em movimento é menos interessante pelo que mostrou aos pesquisadores sobre a mecânica da vida humana do que pelo que nos diz agora sobre os aspectos culturais dos desejos, prazeres e fantasias que cercam o modelo dinâmico modernista da “vida” gerada em fisiologia e ciência médica e desenvolvido através de tecnologias como o cinema (livre tradução)

⁷ O documentário com as cenas descritas pode ser assistido em <https://www.youtube.com/watch?v=jaBlkFRDtLc> (visto em 28/02/2017)

no Rio de Janeiro, mostrando imagens de homens trabalhando no combate à doença e os dispositivos de controle e prevenção utilizados por Oswaldo Cruz. O segundo, mostra cenas da então recém-descoberta doença de Chagas em Lassance (MG). Este filme apresenta cenas de crianças e jovens doentes, alguns com graves sequelas neurológicas da doença.

Os filmes apresentados em 1911, trazem inúmeras interpretações, mas parecem-nos ilustrar bem algumas das concepções do processo saúde-doença e de país do período. No filme sobre a doença de Chagas, notam-se elementos de como as descobertas científicas biomédicas eram realizadas e da importância das imagens neste processo. As cenas trabalham na dicotomia entre o normal e o patológico, dando ênfase à patologia, seus sinais e sintomas, sendo o entendimento da doença sempre o elemento principal (para isso era válido, inclusive, ver crianças caindo no chão). Estas imagens também nos remetem a um retrato de um país atrasado e doente, que deveria ser “curado” pelas descobertas médico-científicas.

Lima & Hochman (2000) nos mostram que nas três primeiras décadas do século XX, os movimentos pelo saneamento e os registros médicos-sanitários tiveram papel central na constituição de uma identidade nacional, sendo a doença um importante elemento na distinção da condição de ser brasileiro. Esses autores argumentam que os textos higienistas ultrapassavam os limites do debate sobre saúde e abordavam representações mais amplas, mostrando a doença como um

obstáculo para o progresso, e a ciência, com as ações de higiene e saneamento, como a solução para os problemas do país.

Constitutiva da matriz dualista, a ciência buscava identificar os sintomas de nossa cultura, submetendo-os ao espelho crítico de um outro civilizado, constituindo-se, enfim, um instrumento do projeto modernizador que nos garantia uma almejada sintonia com o progresso. O Brasil foi pensado como atrasado, indolente, doente e resistente aos processos de mudança (Lima & Hochman, 2000, p. 314).

Um importante personagem, resgatado por estes autores, que faz uma analogia das concepções sobre os males do Brasil e suas soluções na época, foi Jeca Tatu, criado pelo paulista Monteiro Lobato. Jeca Tatu inicia sua trajetória como um caboclo indolente, parasitário e improdutivo, que sofrerá uma grande transformação. Ao passar a acreditar na ciência médica e seguir suas prescrições, transforma-se radicalmente e passa a ser um grande agente de mudança social, transmitindo seu conhecimento para os demais. Fica rico, moderniza sua propriedade, introduz novas lavouras e até aprende a falar inglês. Jeca Tatu era, portanto, a síntese das concepções que se apresentavam na época, sendo as descobertas médico-científicas e a superação da pobreza e doença elementos centrais para a construção de um novo país. Interessante que, anos depois, como também nos lembram estes autores, Mario de Andrade, criará um irreverente personagem, Macunaíma, considerado uma grande sátira a estas representações do homem brasileiro, uma alegoria da identidade nacional. “Pouca saúde, muita saúva – os males do Brasil”, esta fala irônica do personagem nos mostra a força que a imagem da doença teve na representação do país e, ao mesmo tempo, nos remete a Monteiro Lobato (que havia em seus

artigos tematizado a questão das formigas e o combate as pragas). (Lima & Hochman, 2000).

Já o filme sobre a febre amarela, apresentado em Desden, nos remete a uma outra questão, que se relaciona à forma com que os assuntos sobre as medidas preventivas eram comunicados. As imagens mostram as medidas sanitárias implementadas no período e parece-nos não haver uma preocupação mais ampla sobre causalidades ou, ainda, parece não existir uma intenção de mobilizar ou ter adesão do público às medidas propostas. Teixeira (1997) discute como neste período, apesar de existirem fortes campanhas para combate às epidemias e das ações sanitárias desencadearem uma série de fenômenos comunicacionais, ainda não existia uma preocupação maior em comunicar saúde no sentido de convencimento ou persuasão das medidas propostas, sendo estas implementadas, em geral, de forma autoritária e, muitas vezes, com brutalidade. Foi a partir de 1920, com a reforma Carlos Chagas e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que surge mais explicitamente, a preocupação com associação de técnicas de propaganda de educação sanitária, embora isso não significasse uma ruptura real com as práticas autoritárias anteriores.

Teixeira (1997) salienta que, em 1925, um novo elemento foi introduzido com a reforma administrativa do Instituto de Higiene de São Paulo. Pela primeira vez houve uma associação mais explícita do *comportamento individual* ao desenvolvimento das doenças da pobreza (teoria do “ciclo vicioso pobreza-

ignorância-doença”). Para este autor, desde então, a questão do comportamento pode ser considerada como o principal elemento de articulação entre o campo da comunicação e da saúde. Estas ideias passam a ser elemento central para diversas ações em saúde desenvolvidas até os dias de hoje. Este autor nos mostra como este processo ilustra o que o Foucault chamou de processo de transição de uma “sociedade disciplinar” (que funciona através de dispositivos disciplinares, como a prisão, as escolas, os manicômios) e passa a se constituir em uma “sociedade de controle”, com mecanismos mais difusos, que incidem mais diretamente sobre os corpos através de por exemplo sistemas de comunicação, redes de informação, etc. Estes mecanismos, conforme também discutido por Hardt & Negri (2000), passam a ser interiorizados e reativados pelos próprios sujeitos, funcionando como uma função integradora da vida da população.

Na década de 1940, outro marco importante na produção de imagens foram os filmes produzidos pela Fundação Rockefeller para os programas “Health for the American” e “Literacy for the American”. Neste caso, a produção de filmes em educação em saúde, fazia parte de um projeto maior de expansão de poder econômico norte-americano sobre a América, tendo como elementos centrais da estratégia o uso da comunicação em massa, através do cinema, e a utilização do tema *da saúde*.

The use of medical motion pictures on the Cold War cultural battlefield demonstrates how films that were conceived as technical of pure education also functionated as vehicles for management of populations

*of specialists and the general public, at home and abroad. In this light (...) the power to “play god” on one anatomical specimen is extended through these films to a geopolitical scale omnipotence.*⁸ (Ostherr, 2013, p. 89)

Em um contexto de ameaça nazista sobre a América, o presidente Franklin Roosevelt criou o Office of Inter-American Affairs (OIAA), designando Nelson Rockefeller para implantar programas de educação e saúde e alfabetização na América. As campanhas foram direcionadas a trabalhadores rurais, analfabetos, e tinham o intuito de ensiná-los a ler e escrever, bem como ensinar medidas de prevenção e higiene. A OIAA contratou Walt Disney para produzir filmes, que foram as principais ferramentas deste programa. Para entender melhor o contexto e quais eram os problemas que deveriam ser retratados, Walt Disney visitou alguns países antes da produção, entre eles Argentina, Brasil e Chile. Além dele, um grupo de psicólogos, cartunistas, autoridades em saúde, professores e representantes da OIAA realizaram trabalho e pesquisas de campo em vários países, antes da produção começar. Ao final, foram produzidos 13 filmes, com cerca de 10 minutos, dublados em espanhol e português. O American College of Surgeons (ACS) foi responsável por supervisionar a parte técnica dos filmes. A maioria dos filmes empregava termos militares como “weapons”, “defense”, “invasion”, “conquer”, numa clara analogia entre o combate à doença e o combate de um inimigo em uma guerra. Os filmes, em

⁸ O uso de filmes médicos no campo de batalha cultural da Guerra Fria demonstra como os filmes que foram concebidos como técnicos de “pura” educação também funcionavam como veículos para a gestão de populações de especialistas e do público em geral, no país e no exterior. Sob esta ótica (...) o poder de “brincar de deus” em um espécime anatômico são estendidos através desses filmes a uma onipotência de escala geopolítica. (livre tradução)

geral, mostravam áreas rurais e o homem do campo, que por sua ignorância a respeito das doenças, tornava-se pobre e doente, mas que após receber informações sobre saúde e higiene, tomar medidas preventivas e mudar seus hábitos, passava a ter uma vida “saudável, segura e feliz”⁹ (Cejudo, 2016; Ostherr, 2013).

Os filmes reafirmam as concepções presentes no período, de um país enfermo e atrasado, que apenas medidas médico-sanitárias poderiam tirar desta condição, além da culpabilização do indivíduo pela situação de doença e pobreza. Este discurso, como vimos, foi utilizado como retórica de uma grande estratégia para aumento do poder econômico dos EUA no Brasil e em outros países da América. O uso de filmes como ferramenta e a escolha da saúde como mote constituíram as marcas deste processo, que, como analisaremos em seguida, segue tendo fortes reverberações.

3.2. As representações médico-sanitárias televisivas e a *bioestética*

A partir da década de 1950, a televisão passou a ser o principal veículo de demonstração da superioridade científica e tecnológica dos países, e em

⁹ Alguns filmes estão disponíveis em (visto em 27/02/2018):

“Insects as carriers of disease”: https://www.youtube.com/watch?v=Dz840W-1_uw,

“The winged scourge”: <https://www.youtube.com/watch?v=y68F8YwLWdg>

“The unseen enemy”: <https://www.youtube.com/watch?v=LNCpA92Wz8>

especial nos EUA, as imagens médicas tiveram um lugar destacado. Através das descobertas e pesquisas médicas, via imagem televisiva, este país materializou sua intenção de construir um discurso sobre a “modernidade”, produzindo um grande arsenal simbólico de “modelo” de projeção do futuro e de superação do atraso. Foi neste contexto, que surgiram já na década de 1950, nos EUA, os *medical dramas* (séries médicas), que, através da ficção, buscavam retratar as concepções sobre saúde, doença e práticas médicas e traduziam o conjunto de forças que operavam naquele país no período (Ostherr, 2013).

Turow (2013) mostra que, desde a década de 1950, existem representações ficcionais do universo médico, mas é a partir da década de 1960 que elas passam a fazer grande sucesso, em vários países do mundo, em especial com as produções *Dr. Kildare* (NBC) e *Ben Casey* (ABC). Estas séries traziam a imagem do médico “galã”, que com toda sua autoridade, ditava as melhores condutas e hábitos a serem seguidos. Nesta época, a AMA (American Medical Association) revisava os *scripts* no intuito de garantir informações precisas e corretas e manter uma boa imagem dos médicos.

Desde então foram produzidos mais de 130 programas neste formato, tendo algumas produções alcançado diversas temporadas, como *ER* (15) e *Grey's Anatomy* (14). Calcula-se que cerca de 50 milhões de telespectadores por episódio assistiram ER (NBC, 1994-2009) nos anos 1990. E apesar de existirem muitas modificações na televisão neste período (com a TV a cabo e a multiplicação no número de canais), o *prime-time* dos principais canais

americanos são dedicados a este formato até os dias de hoje. Um estudo realizado com estudantes de medicina e enfermagem da Universidade Johns Hopkins mostrou que mais de 80% responderam ter assistido dramas médicos televisivos no último ano (Czarny et al, 2008). O processo de hipermedicalização social e a busca do controle sobre a saúde e as pessoas vêm sendo apontados como parte da explicação deste fenômeno (Brigidi & Cornelles, 2016).

Turow (2013) discute que, assim como os policiais, os profissionais da saúde trabalham em contato com as emoções, a vida e a morte e, assim, estes personagens colocam os telespectadores de séries médicas em contato com os bastidores daquilo que vivem em suas próprias vidas, escutando dos personagens aquilo que muitas vezes não escutam dos profissionais de saúde na vida real. O fascínio do público por este universo encoraja produtores e anunciantes, que sabem que o formato alcançará a audiência desejada.

Porém, os roteiristas poderiam escolher uma grande variedade de elementos para representar a instituição médica em seus programas. Turow (2013) mostra que, apesar de, nestes mais de 60 anos, terem existido algumas mudanças na abordagem das narrativas, com uma ênfase maior as histórias pessoais dos médicos e não mais dos pacientes, os cenários, personagens e *plots* escolhidos praticamente mantiveram-se os mesmos.

With important exceptions, TV doctors consistently have worked in, and patients have been treated in hospitals. In TV' hospitals, physicians have ruled the roost, surgeons and other specialists have been especially admired, nurses and orderlies have had relatively little to do and typically have been the only other health care workers, and team approach to

*health care hasn't existed. Acute illness that can be cured rather dramatically have made up the most important problems. Treatment has often taken place via the most up-to date equipment and medicines available anywhere.*¹⁰(Turow, 2013, p.2)

Ye & Ward (2010) também em pesquisa sobre as séries médicas, analisaram 127 episódios de “Grey's Anatomy” e “ER” (61 e 66, respectivamente). Os episódios foram extratificados em diversas categorias, como a causa da doença, tipo de método diagnóstico, tipo de tratamento e menção ou não à prevenção em saúde durante o episódio. Os resultados mostraram uma grande predominância de doenças que têm como causa fatores biogenéticos (35,2% das 461 doenças identificadas) em detrimento de doenças com raízes socioestruturais (14,7%), dentre estas, a maioria resultante de violência e criminalidade. Com relação ao método diagnóstico, 43,5% tiveram exames radiológicos solicitados, tais como raio-x, tomografia computadorizada ou ressonância magnética; e como tratamento, 45,5% realizaram cirurgia e 39,9% utilizaram medicamentos. Por fim, a prevenção raramente foi mencionada, apenas 2 vezes nos 127 episódios analisados.

¹⁰ Com importantes exceções, os médicos da TV e os pacientes consistentemente tem sido tratados em hospitais. Nos hospitais da TV, os médicos têm dominado o cenário, os cirurgiões e outros especialistas tem sido especialmente admirados, os enfermeiros e os auxiliares tem tido relativamente pouco a fazer e normalmente tem sido os únicos profissionais de saúde, e a abordagem em equipe para os cuidados de saúde não tem existido. As doenças agudas que podem ser curadas de maneira bastante dramática tem sido os problemas mais importantes. O tratamento muitas vezes é realizado através dos equipamentos e medicamentos mais atualizados disponíveis em qualquer lugar. (livre tradução)

Turow (2013) discute que uma importante rotina por parte de produtores e executivos de TV, para reduzir riscos seria o uso de fórmulas. A fórmula consiste em manter os mesmos *plots*, personagens e locais que já tiveram sucesso anterior na televisão. Mudar isso seria correr riscos, o que faz com que se busque manter a fórmula, modificando apenas a inserção de diferentes problemáticas, de diferentes doenças, dando maior atenção à vida pessoal dos médicos, aumentando a representação de gênero ou raça, mas mantendo intacto o núcleo central da narrativa.

Para este autor, estas escolhas também refletem o conjunto de forças que atuam sobre estas produções, que em geral reproduzem a estrutura de poder presente na sociedade. Para os produtores existiria uma série de benefícios em se cultivar boas relações com organizações e empresas, com diversos tipos de recompensas políticas e financeiras. A AMA (*American Medical Association*), por exemplo, atuou durante um longo período supervisionando *scripts*, como já mencionado. Empresas de equipamentos e de remédios são clientes dos canais e podem investir ou não em determinados programas. Porém, este autor adverte, existiria uma relação mais complexa, em que, para além destas pressões “externas”, também existiria uma pressão “interna” da instituição TV. A finalidade última seria a busca por audiência, o que faria com que produtores também sofressem pressões por parte dos criadores e do público, em busca de inovação.

Duas séries, *House MD* (FOX, 2004-2012), e do mesmo autor e atual sucesso

na TV norte-americana, *“The good doctor”* (ABC, 2017- até hoje), parecem exemplificar bem a forma com que as imagens vêm traduzindo concepções sobre os processos saúde-doença-cuidado, sempre associadas a um discurso de conceituação biomédica e a incorporação de recursos terapêuticos com emprego de tecnologia material de alta complexidade.

House MD (FOX, 2004-2012) tem como personagem principal um médico rude e agressivo, que não gosta de conversar com seus pacientes, mas que, ao final dos episódios, sempre consegue acertar os diagnósticos, por meio de uso intensivo de recursos tecnológicos. Durante os episódios, o telespectador, através de imagens tecnológicas do corpo humano, participa da descoberta, sentindo “entender” do que se trata o caso, assim como os especialistas.

Segue exemplo de diálogo entre Dr House e médicos de sua equipe:

Médico1: Não deveríamos conversar com o paciente antes de começar a diagnosticar?

HOUSE: Ela é médica?

Médico1: Não, mas...

HOUSE: Todo mundo mente.

Médico2: O Dr. House não gosta de lidar com pacientes.

Médico1: Lidar com pacientes não é a razão de nos tornarmos médicos?

HOUSE: Não, nos tornamos médicos para tratar doenças; lidar com pacientes é o que torna a maioria dos médicos infelizes (Bentes, 2010).

A segunda série é *“The good doctor”* (ABC, 2017- até hoje), que mostra um

jovem médico diagnosticado com autismo e que cursa residência em Cirurgia em um grande hospital. Este médico não consegue se comunicar com os pacientes (por conta do autismo), mas tem incríveis habilidades em projetar o corpo humano visualmente, e com isso acertar diagnósticos bem improváveis. Em todos os episódios, o corpo humano é projetado na tela, agora por meio de modernos recursos audiovisuais, e o telespectador, assim como em *House MD*, participa deste processo, criando a impressão de que se tem todo o entendimento sobre o funcionamento dos corpos e o poder de agir sobre as doenças.

Bentes (2010), irá discutir a existência de uma era pós-mídia de massa, em que existiriam práticas descentralizadas de comunicação, sendo criados novos ambientes comunicativos e participativos de comunicação. Neste novo momento, existiria a mudança de posição do consumidor (telespectador, usuário, público) para consumidor ativo, que produz e interage. Este novo consumidor, da mesma forma que tem acesso à literatura especializada, no plano estético também tomaria para si a função das corporações e dos especialistas.

(...) vemos o surgimento de diferentes formas de autoridade nesses campos, mutações na subjetividade contemporânea e a emergência do que poderíamos chamar de uma bioestética. O limiar de experimentação do bios e da vida parece apontar para dinâmicas sociais pós-disciplinares e inventar formas de vida e estéticas transitórias e em trânsito entre os poderes disciplinares e a biopolítica (Bentes, 2010, p. 105).

A bioestética pode ser entendida como um movimento de experimentação do biopoder, entendido como relações de força que produzem formas de vida que

estão sujeitas a intervenções morais e éticas (Bentes, 2010). A bioestética baseia-se em estéticas hiper-realistas, com base nas biotecnologias, que buscam transformar os dramas dos corpos e da psique em sinais, signos e imagens.

Quando convertidos em informação médica, estatística e balística, em ressonâncias, contrastes, mapas e imagens, o corpo, a subjetividade e a doença aparecem como novos atores e elementos dramáticos nas ficções contemporâneas (Bentes, 2010, p. 105).

4. Perspectiva epistemológica e desenho do estudo

A análise do processo de construção de um produto artístico televisivo e seu diálogo com um campo de estudos, a Saúde Coletiva brasileira, trouxe-nos um conjunto de reflexões desafiadoras, especialmente, relacionadas à perspectiva epistemológica e metodológica do estudo. Embora localizado na interface dos campos de Saúde e Comunicação, por se tratar de um produto artístico, fez-se necessário inicialmente uma aproximação às reflexões acerca do modo de ser próprio dos produtos artísticos, seus diferentes regimes de inteligibilidade e sua relação com a possibilidade de se produzir conhecimento.

Sabe-se que estas questões vêm sendo teorizada por múltiplos pensadores e disciplinas há vários séculos, não sendo possível e nem objeto deste estudo uma revisão exaustiva do tema. A *estética* (*aisthesis* em grego, que significa

percepção, sensação) surgida no século XVIII como disciplina autônoma, ira se dedicar ao estudo deste tema, compondo na filosofia, junto a ética e a lógica, a tríade de ciências normativas, dedicando-se inicialmente a estabelecer regras a respeito do Belo, do Bem e do Verdadeiro (Stam, 2013).

Rancière (2005) nos mostra, porém, que as artes nem sempre foram identificadas por um regime autônomo, e que existiriam, na tradição ocidental, pelo menos três regimes de identificação: o ético, o poético ou representacional e o estético.

O regime ético, para este autor, compreende o período em que a arte não era individualizada como tal, mas em que suas imagens eram questionadas quanto a sua verdade e os usos e os efeitos que induziam. Pertence a este período toda a discussão a respeito das imagens divinas, o direito ou proibição de serem reproduzidas. Também a discussão platônica sobre simulacros ou artes imitativas¹¹, que eram vistas apenas como imitação das aparências, portanto desprovidas de valor. Para este período o importante era o modo com que as imagens atribuíam ao *ethos* a maneira de ser dos indivíduos e da comunidade.

O segundo regime, denominado regime poético ou representacional¹², foi o regime que individualizou o modo de fazer, ao mesmo tempo que articulou a arte

¹¹ Platão em *A República*, em seu Livro X, reproduz um diálogo entre Sócrates e Glauco muito ilustrativo deste pensamento neste período.

¹² Para Aristóteles o instinto de imitação (*mimesis*) estaria no homem desde a infância, sendo uma das principais diferenças existentes entre ele e os outros seres animais, e seria através da imitação que este desenvolveria seus primeiros conhecimentos. “Olhar imagens faz as pessoas experimentarem prazer,

com a ordem geral da maneira de fazer e das ocupações. Foi pragmático na medida em que isolou certas maneiras de fazer do regime geral das artes e organizou o fazer, o ver e o julgar. Este regime construiu formas de normatividade, e foi a partir dele que surgiram, por exemplo, os gêneros, os critérios de distinções ou comparação. Este regime de visibilidade das artes guardava uma relação de analogia com uma hierarquia global das ocupações políticas e sociais da comunidade, conferindo, entre outros aspectos, hierarquia aos gêneros, segundo dignidade de seus temas, a primazia da narração sobre a descrição, a primazia da arte da palavra em ato, etc.

No terceiro regime, estético, não há mais uma distinção no modo de fazer, mas no modo de ser sensível próprio aos produtos de arte. As coisas da *arte* passaram a pertencer a um regime específico, do *sensível*. Foi este regime que identificou a *arte* no singular, a autonomizou e a desobrigou de toda e qualquer hierarquia de temas ou gêneros. Acabou com a barreira mimética que separava a arte de outras ocupações sociais, afirmando a singularidade dos produtos artísticos, fundando sua autonomia. É nesse regime que obras inicialmente não pertencente ao campo das artes passam a ser reconhecidas artisticamente e que o passado volta a ser colocado em cena, estabelecendo uma outra relação com o antigo.

porquanto essa visão resulta na compreensão e no raciocínio em relação ao significado de cada elemento das imagens, conduzindo ao discernimento em relação a essa ou aquela pessoa. Se, porventura, acontecer de o objeto representado não haver ainda sido visto, não é a imitação que gera o prazer, mas sim a execução da obra, a cor ou uma outra causa semelhante” (Aristóteles, 2011, pg 45)

A singularidade no modo de visualizar os produtos relacionados à arte tem na obra “A crítica da faculdade do juízo” (1790), de Immanuel Kant, a sua principal referência. Este autor, após escrever “A crítica da razão pura” e “A crítica da razão prática” buscou estabelecer uma ligação entre as duas obras, investigando, em sua terceira crítica, a capacidade dos sujeitos em produzir juízos, ação que seria anterior a compreensão de um objeto específico ou a escolhas da vida prática. Esta capacidade estaria em um plano transcendental, subjetivo, não racional ou cognitivo, ao qual denominou *estética*. Para Kant “the judgment of taste is therefore not a judgment of cognition, and is consequently not logical but aesthetical, by which we understand that whose determining ground can be no other than subjective” ¹³ (Kant, 1951, p. 37). Este autor se aproxima da produção artística (embora não seja este seu foco principal) por entender que esta é a que menos guardaria relação com objetos e finalidades, e que estaria mais relacionada ao gosto e ao o prazer, produzindo uma “complacência desinteressada”, para reafirmar a subjetividade do juízo gerado por estas obras. Com isso, inaugura-se um longo caminho teórico que passa a entender o encontro com os produtos artísticos como parte de uma relação subjetiva entre sujeito e a obra de arte, e, portanto, como não passíveis de racionalização, deixando apenas para a ciência e seus recursos metodológicos a possibilidade de produção de conhecimento e de verdades.

¹³ “O julgamento do gosto não é, portanto, um julgamento da cognição e, conseqüentemente, não é lógico, mas estético, pelo qual entendemos aquele cujo campo determinante não pode ser outro senão subjetivo” (livre tradução)

Hans-Georg Gadamer, em “Verdade e Método” (2004), realiza uma crítica ao subjetivismo da estética, propondo uma nova maneira de se pensar no fenômeno artístico. Para Gadamer (2004), seria um erro reservar apenas para as ciências, com seus métodos e experiências, o lugar da razão. Para este autor o fenômeno artístico é tomado como referência para a crítica ao subjetivismo da estética e aos limites da ciência positivista como a única produtora de verdades. A arte, para esse autor, é uma região paradigmática para o entendimento do acontecimento hermenêutico. Ao pensar a relação entre estética e hermenêutica, propõe a ligação entre três conceitos: da arte, da história e da linguagem. A linguagem constitui-se na viabilização da fusão de horizontes históricos, a intermediação entre eles. Ao recuperar a linguagem presente na arte como elemento do entendimento, entende a obra de arte como sendo sempre como um diálogo, um encontro com aquilo que somos, mas sempre inseridos em uma tradição. A tradição aqui é vista como fenômeno essencial para a compreensão, a partir do entendimento de que somos o tempo todo interpelados pelo passado que herdamos pelas culturas nas quais estamos sempre imersos. Para este autor, na arte sempre estaria envolvido um processo interpretativo de busca do que a obra tem a nos dizer, sempre existindo uma relação entre o horizonte do intérprete e o horizonte da obra de arte, vivenciada a partir de uma determinada tradição.

A obra de arte que diz algo confronta-nos com nós mesmos. Isso quer dizer: ela enuncia algo que, de acordo com o modo como esse algo é dito, se mostra como uma descoberta, isto é, como o descobrimento de algo encoberto. Nisso repousa aquele encantamento. Nada que conhecemos é tão verdadeiro, tão essente. Tudo que conhecemos é aqui excedido. (...) a experiência da arte é a experiência em um sentido

autêntico e sempre tem que dominar novamente a tarefa apresentada pela experiência: integrá-la no todo da própria orientação pelo mundo e da própria autocompreensão. (Gadamer, 2010, p. 7)

O fenômeno da arte como uma experiência de linguagem, porém, tem o diferencial que se dá tanto pelo entendimento da linguagem como condição prévia de toda compreensão, quanto pelo caráter de universalidade que esta assume. A reflexão sobre a experiência da linguagem é a expressão máxima da análise hermenêutica, na medida em que aí também se verifica a sua conexão com a questão da verdade. A linguagem passa a ser vista como abertura sob a forma de produção de verdades, aqui entendida como desocultação (*aletheia*). A verdade é vista como uma revelação, o encontro entre aquilo que é familiar com o desconhecido.

Será que não deve haver nenhum conhecimento na arte? Não há na experiência da arte, uma reivindicação à verdade, que sendo certamente diversa da ciência também não lhe será inferior? E será que não reside a tarefa da estética, juntamente em fundamentar que a experiência da arte é uma forma de conhecimento dos sentidos, que transmite à ciência os últimos dados, a partir dos quais põe-se a construir o conhecimento da natureza, certamente também diferente de todo conhecimento ético da razão e, aliás, de todo conhecimento conceitual, mas que é, contudo, conhecimento, ou seja, transmissão de verdade? (Gadamer, 2012, p. 169)

Gadamer (2012) ao propor a retomada da experiência da arte como produtora de verdades, através de uma perspectiva hermenêutica, nos convida a também repensar sobre as diferentes formas de produção de conhecimento em todo o campo das ciências humanas. Diferente da ciência positivista, sob esta

perspectiva, a compreensão nunca deve ser vista de forma isolada, mas sim como uma estrutura básica de nossa experiência de vida. Ela sempre é mediada, provisória e sempre faremos parte daquilo que por alguma razão buscamos interpretar. Aqui sujeito e objetos são indivisíveis e o entendimento, que é basicamente interpretação, somente pode emergir do diálogo essencialmente com, e dentro de, uma tradição. Nega-se tanto a ideia de ciência que tenta abolir a especificidade do sujeito, centrando-se em uma suposta universalidade, quanto a ideia subjetivista de que não haveria um passado interpelando nosso presente. O ato de interpretar estará sempre, portanto, inserido em uma tradição, de onde sempre partem nossos prejulgamentos e preconceitos. A compreensão passa a ser algo produzido a partir de um encontro dialógico entre aquilo que se deseja compreender e aquilo que somos, no âmbito de uma tradição (“fusão de horizontes”). Parte-se da ideia de que a compreensão é algo que precede este diálogo e se reconstrói a partir dele, e não algo *reproduzido* por um observador por meio da análise do diálogo que ele busca compreender.

Conforme Schwandt (2006), a hermenêutica filosófica nos mostra, em primeiro lugar, que a compreensão é uma condição do ser humano, não simplesmente uma tarefa controlada por regras e procedimentos *a priori*. Em segundo lugar, sob esta perspectiva, a tradição não é algo externo, do qual podemos nos livrar e distanciar. Pelo contrário, ela é uma força que penetra toda a compreensão. E por fim, nos aponta que somente no encontro dialógico com o que não é compreendido, com o estranho, é que podemos nos abrir para arriscar e testar nossas ideias preconcebidas e nossos preconceitos. Este tipo de compreensão,

resultante do encontro, terá sempre, na perspectiva da hermenêutica filosófica, o sentido de “aplicação” (*applicatio*, relação com a vida prática). Para Schwandt (2006) no ato de compreender não existiriam duas etapas distintas – primeiro, a aquisição da compreensão, segundo a aplicação dessa compreensão. Ao invés disso, a compreensão é ela mesma um tipo de experiência prática “no” e “sobre” o mundo, a compreensão é, em si, “vivida” ou existencial.

Esta pesquisa, sob esta perspectiva e a partir do olhar privilegiado da pesquisadora, que fez parte de todo processo de criação da obra artística, buscou uma aproximação hermenêutica não à obra em si, a partir de um lugar de intérprete, mas a partir do lugar de quem vivenciou a sua criação, identificando no processo de construção da linguagem quais fatores estiveram presentes e quais forças atuaram para a construção final do produto. Situando esta obra artística no tempo e no contexto de sua criação, e diferentemente da concepção que associa as obras artísticas a simples presença de um “gênio livre criador”, aqui buscamos mapear o conjunto de elementos que atuaram diretamente neste percurso, ora potencializando, ora modificando seu caminho, compondo uma complexa rede de elementos em ação.

Nosso principal interesse foi analisar o diálogo com o campo da Saúde Coletiva, elemento primordial visado pela criação do produto artístico. Este diálogo se deu de uma maneira intensa durante todo o processo, seja pela presença constante de uma de suas criadoras (pesquisadora deste campo), seja pelos momentos em que pensadores deste campo foram chamados a contribuir.

Do ponto de vista da grande mídia e da televisão, Stam (2013) mostra que para se construir uma crítica hermenêutica, faz-se necessário o entendimento de que a televisão possui ambientes múltiplos, em que existiriam padrões de propriedade e claras tendências ideológicas, mas que a dominação nunca seria completa, pois “a televisão não se limitaria a seus proprietários e gerentes industriais, ela inclui participantes criativos, seus trabalhadores e a audiência, que tem capacidade de resistir, pressionar e decodificar” (Stam, 2013, p. 340). Portanto, para este autor, a discussão sobre os meios de comunicação de massa e a cultura midiática em geral não pode deixar de considerar que se trata de um espaço social ambivalente. Cada categoria conteria o hegemônico e as resistência a ele, envolvendo um amplo conjunto de diferentes vozes. Para Stam (2013, p. 341):

Os textos produzidos, tendo em vista a natureza conflituosa do processo criativo, bem como suas necessidades socialmente geradas pela audiência, possivelmente apresentam uma certa proporção de mensagens resistentes ou, ao menos, tornam possíveis as leituras resistentes. O papel da hermenêutica crítica da mídia deveria ser de promover um aumento da consciência do conjunto das vozes transmitidas pelos meios de comunicação, identificando tanto as vozes off-screen da hegemonia quanto as vozes abafadas ou suprimidas. O objetivo seria detectar as ressonâncias utópicas de fundo, ao mesmo tempo apontando os obstáculos estruturais reais que impedem a realização da utopia e a tornam, por vezes, até mesmo menos imaginável.

Desenho do estudo

Buscando explorar e compartilhar ativamente uma hermenêutica da experiência em estudo, foi realizada aqui uma *pesquisa qualitativa*, que busca interpretar fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em termos de sentidos que as pessoas lhe dão, sendo comumente denominada como pesquisa *interpretativa* (Pope e Mays, 2005). Neste tipo de pesquisa, frequentemente se emprega diversos métodos, com uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, com objetivo de se conseguir compreender melhor o fenômeno observado. Segundo Denzin e Lincoln (2006, p. 17):

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes.

Nesta pesquisa, a pesquisadora foi uma *observadora participante*. A observação participante é um processo em que existe a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (Minayo, 2000).

No âmbito deste trabalho, a pesquisadora participou ativamente de todas as

fases analisadas pela pesquisa, sendo uma das criadoras do objeto estudado (série médica), contribuindo em todas as fases do projeto, desde a elaboração do projeto básico inicial, oficinas de trabalho e entrevistas para roteiro, construção dos roteiros, filmagens, edição, e por fim, material de divulgação.

Próxima de uma situação de pesquisa-ação, a presente investigação diferencia-se, contudo, dessa modalidade por não ter sido concebida enquanto tal. Isto é, uma pesquisa-ação, ou pesquisa de intervenção, utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar uma ação que se decide tomar para transformar um dado conjunto de práticas (Tripp, 2005), ou ainda, como um tipo de pesquisa concebida e realizada em estreita associação com a busca de resolução de um problema coletivo (Thiollent, 1996). Em nosso caso, o objetivo da intervenção, embora esteja relacionado com o objetivo do estudo, não se confunde com ele. A série teve uma finalidade artístico-cultural, o estudo visa o campo acadêmico. Embora se parta da hipótese de que esses campos diversos de experiência possam fecundar-se mutuamente, o que justifica a proposição desta tese, tem-se clareza das distintas naturezas de suas construções e legitimações sociais.

Esta pesquisa buscou categorias interpretativas construídas no diálogo entre a pesquisadora e suas pré-compreensões e interesses como profissional da Saúde Coletiva, as referências teóricas com que se busca apreender e interpretar a experiência de produção da série e o material empírico produzido a partir dessa experiência – não a série em si, mas os processos de confluências e conflitos, encontros e desencontros que atravessaram o processo de sua

concepção e construção.

Produção do material empírico

As observações e produção de materiais empíricos da pesquisa envolvem todas as etapas de construção da série médica televisiva. Foram elas:

1. Desenvolvimento
2. Pré-produção, filmagem e edição dos episódios
3. Divulgação e resultados iniciais

Foram realizadas observações em diário de campo durante todas as 3 fases do processo, acima apontadas. Além disso, também compõem o material empírico:

- Projeto básico da série (bíblia);
- Materiais produzidos nas oficinas de trabalho com vistas a ajudar a construção do roteiro;
- Roteiros e seus múltiplos tratamentos;
- Material das equipes de produção para preparação do “campo” das filmagens (equipe de arte, equipe de direção, equipe de fotografia);
- Os 8 episódios da série;
- Material de divulgação da série produzidos pelo canal Universal Channel;
- Repercussões em mídia social durante o processo de exibição da série

Foram realizadas também entrevistas semi-estruturadas com atores-chave

do projeto (Roteiro da entrevista encontra-se no ANEXO I). Foram entrevistados:

- Fabiano Gullane, produtor da série “Unidade Básica”.
- Caio Gullane, produtor da série “Unidade Básica”.
- Caroline Fioratti, diretora da série “Unidade Básica”.
- Carlos Cortez, diretor da série “Unidade Básica”.
- Newton Cannito, criador e roteirista da série “Unidade Básica”.
- Paulo Barata, CEO (*Chief Executive Officer*) do canal Universal Channel no Brasil.

Interpretação do material empírico

A partir da divisão do processo de construção da série médica televisiva em etapas (Desenvolvimento; pré-produção, filmagem e edição dos episódios e divulgação e resultados iniciais), e a luz do objetivo central desta pesquisa, analisou-se o material empírico coletado à luz de categorias interpretativas e conceitos encontrados no campo da Saúde Coletiva. Dentre estes destacamos:

- a polarização entre diferentes racionalidades implicadas nas ações de saúde: presença de um *discurso biomédico versus* novas formas de se pensar o *Cuidado em saúde* (perspectiva hermenêutica; clínica ampliada; método clínico centrado na pessoa); *êxito técnico/ sucesso prático*;

- novas formas de se pensar a promoção à saúde e prevenção de agravos: o *conceito de risco* e suas relações com o quadro conceitual da redução de *vulnerabilidades*;
- a presença de atributos da Atenção Primária à Saúde, tendo a *integralidade* como eixo norteador de suas ações;

Parte-se do pressuposto que tais categorias/conceitos, ao longo do processo de construção da série televisiva, do ponto de vista comunicacional, foram ora potencializadas, ora limitadas, ou ficaram ainda completamente fora do horizonte. A partir desta constatação, pretende-se utilizar as categorias interpretativas e os conceitos encontrados nos marcos teóricos para uma melhor fundamentação dos fenômenos observados.

Aspectos éticos

Este projeto de foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Número do Parecer: 1.561.058).

Durante a fase de coleta dos dados primários e trabalho de campo foram solicitados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) para os participantes das oficinas de trabalho e entrevistas realizadas para preparação do roteiro. Também foram utilizados TCLE durante a fase de coleta das

entrevistas semi-estruturadas.

Os riscos da participação foram praticamente nulos, embora possa haver algum desconforto em refletir ou falar sobre alguma experiência relacionada ao trabalho. Foi explicitado que caso houvesse qualquer desconforto, o participante/entrevistado poderia se recusar a responder qualquer pergunta e interromper a entrevista ou dinâmica da oficina de trabalho.

PARTE II: RESULTADOS

1. O processo de construção da série médica televisiva “Unidade Básica”

1.1. Desenvolvimento

1.1.1. Ideias iniciais e o diálogo com os formatos pré-estabelecidos

O processo de construção da série televisiva *Unidade Básica*, analisado por esta pesquisa, inicia-se nos primeiros meses de 2009, com os delineamentos e concepções preliminares da série, e se encerra em outubro de 2016, com a exibição da série “Unidade Básica” pelo canal televisivo *Universal Channel*, as primeiras repercussões na mídia e a sondagem de alguns resultados e impactos iniciais.

Cronologicamente, temos a ocorrência dos seguintes acontecimentos:

1. Início de 2009: Ideias iniciais de criação de uma série televisiva;
2. Fim de 2009: Elaboração de um Projeto Piloto;
3. Novembro de 2010: Seleção do Projeto Piloto por Edital Público da ANCINE;
4. 2011 – 2013: Busca de financiamento
5. Maio, junho e julho de 2014: Pesquisa para elaboração dos roteiros;

6. Fim de 2014 e início de 2015: Pré-produção da série;
7. Maio e junho de 2015: Filmagem dos episódios;
8. Fim de 2015 e início de 2016: Edição dos episódios;
9. Setembro e outubro de 2016: Exibição dos episódios pelo canal *Universal Channel* e primeiras repercussões na mídia.

A ideia inicial de se produzir uma série televisiva brasileira, com enfoque em um serviço de saúde, surgiu no início de 2009, em conversa informal com minha irmã, Ana Petta, que é atriz. Ela havia atuado, em 2008, em uma série televisiva chamada “9 mm”, transmitida pelo Canal Fox, cujo criador e roteirista havia sido Newton Cannito (que posteriormente iria roteirizar “Unidade Básica”). Esta série abordava o cotidiano de uma delegacia de polícia na cidade de São Paulo, buscando desconstruir o “glamour” presente nas tradicionais séries policiais, mostrando a complexidade dos casos que ali chegavam (não apenas por serem chocantes, sangrentos ou violentos, mas por envolverem um conjunto de questões socio-estruturais de difícil resolução), juntamente a uma precariedade de recursos disponíveis.

A série “9mm”, do Canal Fox, fez parte de um conjunto de iniciativas em um contexto de inúmeras mudanças no setor audiovisual brasileiro, que terão forte impacto também no processo de financiamento e exibição da série “Unidade Básica”¹⁴.

¹⁴ O setor audiovisual vem há muito tempo se organizando com objetivo de aumentar os incentivos para a produção audiovisual brasileira e estabelecer uma maior relação com a TV. Enquanto, no mundo, são vários os exemplos em que a TV se responsabiliza pela produção cinematográfica e cumpre cotas de conteúdo,

Ao refletirmos sobre a importância de criação de programas nacionais, tais como a série “9 mm”, pensamos alto: “E se fosse criada uma série médica brasileira, mostrando o dia-a-dia de um serviço de saúde, com os casos reais que ali chegam e a nossa realidade, bem diferente destes ‘super hospitais’ retratados nas séries norte-americanas?”

Eu, que naquele momento atuava como médica em uma Unidade Básica de Saúde na periferia de Campinas-SP, não tive dúvida: “teria que ser em uma UBS! A riqueza dos casos que atendemos, a força da equipe, a dificuldade em lidar com questões tão estruturais, a importância deste serviço para a população, com certeza renderia diversas temporadas!”

Aquilo teria sido mais uma conversa banal, não fosse a ideia ser tão arrebatadora para nós. Existia um sentido profundo ali. Um sentido político e estético. Um

no Brasil este processo tem sido mais lento. Na França, os canais têm que aplicar 3,2% do faturamento anual na produção de filmes europeus; Espanha e Alemanha são obrigados a investir parte do faturamento na produção cinematográfica; na Itália, 10% da renda publicitária deve ser usada na aquisição de produtos independentes; na Austrália, 55% da programação tem que ser de conteúdo nacional; África do Sul e Canadá tem cotas para conteúdo nacional; na Argentina 1% do faturamento vai para fundo público que financia o cinema (Sousa, 2016).

Apesar de ser uma concessão pública, a TV brasileira desde o seu surgimento na década de 1950, sempre foi pouco regulada, firmando-se como uma atividade privada. Foram inúmeras as tentativas de uma maior regulação deste setor, em geral, com pouco êxito. Na década de 1990, o serviço de TV paga chega ao Brasil e sua regulação se dá em 1995, com apenas a obrigatoriedade de existência de um canal exclusivo de obras brasileiras, o que dá origem ao Canal Brasil. Em 2001, um projeto de lei previa que 4% do orçamento publicitário da TV aberta fossem destinados à produção de filmes nacionais, a taxa de 11% sobre remessa de lucros para o exterior e cotas na programação, além da criação da ANCINAV (Agência Nacional do Cinema e do Audiovisual), mas, por fortes pressões políticas, todos os artigos relacionados à TV aberta foram excluídos e a ANCINAV ficou apenas ANCINE (Agência Nacional do Cinema). A TV aberta novamente não foi regulamentada, mas tal medida teve impacto na TV por assinatura. Esta medida resultou no artigo 39 que estabeleceu que todas as programadoras internacionais teriam um desconto de 11% de impostos se investissem em produções nacionais. Porém, a medida de maior impacto foi em 2011, com a aprovação da chamada lei da TV paga, que exigiu que os canais por assinatura exibissem 3h30m semanais de conteúdo nacional e que carreguem canais brasileiros em seus pacotes. Isto aumentou exponencialmente o número de obras nacionais nos canais de TV paga. Em 2011, 73 obras seriadas brasileiras foram exibidas na TV paga, em 2014 foram 506 estreias. (Sousa, 2016).

sentido de intervir no mundo de uma outra forma. Um sentido de comunicar para fora, sair da bolha. E também, um sentido muito pessoal, que seria de realizar um projeto com minha irmã, que, embora sempre tenha sido muito próxima, havia optado por uma carreira muito distinta da minha.

Passamos imediatamente a contatar pessoas que seriam nossos parceiros nesta empreitada. O primeiro, obviamente, foi Newton Cannito. Roteirista experiente, já havia realizado diversos projetos, sempre com muita qualidade. Apresentamos a ideia para ele, que, imediatamente, se interessou pela proposta. Segundo Newton Cannito:

(...) a gente já tinha feito, até o “9mm”, que era uma série sobre policial, tentando fazer esse mapa sociológico a partir do policial, tal, e quando chegou, eu tive essa visão, vocês também me convenceram disso, que realmente a saúde podia ser o próximo tema, depois da violência, a saúde até em termos de preocupação, é um dos temas mais recorrentes, né? Então, esse foi um potencial: puta, realmente, se a gente abordar a saúde, a gente vai conseguir equacionar questões da vida dos brasileiros, como é que os brasileiros vivem, né, na prática, como que é a vida deles, dessas pessoas e quais são as éticas, quais são tudo. Então, é uma representação pouco usada, não tinha série médica, a gente tava... teve “Plantão Médico” na década de 70 na Globo e acho que teve mais alguma coisinha, tal, mas nada significativo, e nessa nova leva não tinha. Quando tinha era hospital na Globo, tal, que também era muito longe do negócio. Então, e a gente tava nessa pegada, mesmo, de... mas o “9mm” e essa série foram séries que tinha muita pesquisa sociológica antes de escrever. Então, tava... tinha a ver com esse formato (...) ¹⁵

¹⁵ Entrevista com Newton Cannito (São Paulo, 15 de janeiro de 2018)

Começamos a nos reunir periodicamente para escrever um projeto mais organizado, para estruturá-lo e apresentá-lo a uma produtora de conteúdos audiovisuais.

Logo nos primeiros encontros, pude notar que aquela ideia mais geral, mais abstrata, de retratar o cotidiano de uma UBS, agora passaria por seus primeiros “filtros”. Daquele universo imenso, cheio de histórias e personagens, teríamos que selecionar, recortar, escolher sobre o que e sobre quem iríamos falar. Seria necessário criar um enredo principal, os personagens e os temas a serem abordados.

Estas questões, que envolviam um conjunto de decisões e escolhas a serem tomadas, estavam envolvidas ainda por outros aspectos, que foram claramente explicitados pelo roteirista. Não estávamos criando algo novo, a partir do nada. Obras deste tipo já existiam e teríamos que dialogar com elas. Para além do *gênero* da obra, com um conjunto de influências dramáticas e em um profundo diálogo com o melodrama (com suas esquematizações e polarizações), estávamos propondo um formato para TV, neste caso, um *drama seriado*, que ao retratar o universo da saúde, embora buscasse criar uma outra representação simbólica deste universo, nos colocaria num intenso diálogo com as “séries médicas” (*medical dramas*), que também possuem um conjunto de características peculiares. Newton Cannito argumenta:

(...) eu sempre pergunto assim: O quê que a série tem de igual... ou filme também, o que a tua obra tem de igual e o que ela tem de diferente em relação

as outras obras? Então, eu sempre crio assim, porque a minha formação artística, eu tenho um manifesto sobre esse negócio de sistema de gênero, né, sobre a importância do gênero no cinema...(...) É. Que assim, no Brasil, rapidamente, senão vai ficar muito complexo, mas o nosso amigo Glauber Rocha, que eu sou mega fã fez aquele artigo para o cinema de autor, lá, e o cinema de autor do Glauber é em oposição à indústria. E a indústria é o gênero. Qual que é a crítica? Que o gênero formata as ideias e fica tudo igual sempre, né? E aí, fica uma imposição salsicha, uma imposição industrial sem autoria e sem criatividade. Então, essa é a crítica do Glauber e é por isso que supostamente tá rompendo com a indústria e tá rompendo com o sistema de gênero e que as obras têm que ser autorais, mas isso é uma visão brasileira, porque na visão francesa, a trilha do autor Godard ou do autor Truffaut é autor dentro do gênero, eles estão analisando Hitchcock, estão analisando Hawks, estão analisando cineastas americanos que dentro da indústria, dentro dos filmes de faroeste, dos filmes de suspense, dos filmes de terror, conseguiam... os filmes eram de gênero, eles conseguiam fazer... que o gênero é isso, né, eles conseguiam fazer filmes autorais. O quê que é o gênero? O gênero tem duas categorias de gêneros, gênero é tanto uma forma dramática conhecida que se repete, mas é também, tem um lado cultural, que é um contrato do espectador com o público, o público, quando fala: “O filme é uma série médica”, ele tem uma expectativa com aquela série, então é um contrato que significa uma audiência, mas mesmo assim, não fica só na audiência, não é só uma questão de... tem muita gente que pensa que é só por causa do dinheiro que o filme vai fazer sucesso, não é isso, é mais do que isso, é: eu quero dialogar com o público (...) E aí, até pra quebrar a identificação, é importante ter identificação, senão você não quebra, se você já não quer ter identificação, você não quebra¹⁶.

De maneira geral, as séries médicas têm como protagonistas “médicos-heróis” e apresentam-se em dois principais formatos, segundo o roteirista: um em que a narrativa se dá a partir de dramas intensos vividos pelos personagens, que vão se intensificando na narrativa até uma resolução (tais como as séries que

¹⁶ Idem

abordam os casos emergenciais ou doenças muito graves) ou a partir da investigação de um caso, em geral de um caso médico “raro”, sendo este formato conhecido como *procedure* ou *procedural*¹⁷. Teríamos que descobrir qual seria o formato da nossa série, embora, naquele momento, nenhum dos dois formatos parecia dialogar com o universo que queríamos retratar.

Portanto, em nossas primeiras conversas, já estava claro que, caso a opção fosse por pensar em um projeto possível de ser produzido e exibido na TV, teríamos que considerar estas questões. Desta forma, antes mesmo de estruturar um projeto, de definir o enredo ou personagens principais, já tínhamos *estruturas externas e internas da obra* que deveriam ser seguidas e/ou consideradas. De alguma forma, os formatos já estavam pré-estabelecidos.

Newton Cannito descreve os principais desafios encontrados em roteirizar uma série médica em uma Unidade Básica de Saúde:

(...) porque não é uma série sobre doença, é uma série sobre saúde, se fosse sobre doença, falava pra fazer o “House”, então a diferença da nossa série e essa, né, “House” é sobre doença e a nossa é sobre saúde. Mas isso, dramaticamente, dá problema mesmo, dá dificuldade porque complica muito a narrativa, né, porque na narrativa tradicional tem um herói, resolve e acabou, se não tem um herói que resolve e acabou, depende de mais gente, tem que ter mais personagens e fica uma narrativa menos clássica, né? (...) e fomos tentando, né, criar... ao mesmo tempo, tendo os personagens dos médicos fortes, tal, e de certa forma, até heróis, porque a gente não tem nenhum

¹⁷ Na televisão, “procedural” refere-se especificamente a um gênero de programas em que um problema é introduzido, investigado e resolvido dentro do mesmo episódio. Muito utilizado em séries sobre investigação de crimes e de casos médicos, em que o problema é apresentado no início do episódio e resolvido/diagnosticado ao seu final. Os personagens principais mantêm-se fixos, sofrendo poucas alterações durante a temporada.

problema do cara ser herói, do tipo de ser identificado... (...) Como é que é esse herói? Como é que pode ser um herói que tenha vínculo, né, com as pessoas, todas as coisas que você conhece, depois... acho que tem umas perguntas pra isso, mas aí foi descobrindo qual é esse tipo de herói. Tem um herói, mas não adianta só ter o herói, tem que ter esse mapa ou familiar ou social, né, e isso sempre é mais difícil, dramaticamente. (...) como vocês chamam, não adere ao tratamento, como vocês falaram lá que entre os médicos, não adere ao tratamento, eu traduzi como preferiu morrer. Um jeito de pensar que é verdade, não é nada demais, também, todo mundo tem energia de morte, energia de vida... nada específico, assim. Qual energia de morte você tem, né, então se você souber porquê que tem. (...) na minha referência, é cura xamânica (...), então tem esses episódios que são procedural de entender a pessoa¹⁸.

1.1.2. O Projeto Piloto: uma primeira aproximação

No primeiro semestre de 2009 escrevemos conjuntamente um Projeto Piloto, buscando estruturar este conjunto de ideias. Fiquei responsável por escrever uma justificativa e, a partir do relato de histórias que tinha vivenciado como médica de UBS, e histórias vivenciadas por colegas, Newton Cannito construiu um episódio piloto e os personagens principais da trama.

No Projeto Piloto (*acervo pessoal*) a série já denominada “Unidade Básica”, apresentava primeiramente em sua justificativa¹⁹ o fato de que existiam inúmeros

¹⁸ Entrevista com Newton Cannito (São Paulo, 15 de janeiro de 2018)

¹⁹ O Projeto Piloto, em sua justificativa, iniciava com a seguinte citação: “Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados à natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle de doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comidas puras em volume suficiente, a assistência médica e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um destes problemas variou no tempo. E de sua inter-relação originou a saúde Pública como conhecemos hoje”. (Rosen, 1994)

veículos de comunicação que abordavam a questão da saúde como central e, em geral, com altos níveis de audiência (como por exemplo, as séries médicas internacionais), mas que privilegiavam aspectos centrados nas doenças, nos procedimentos médicos e no ambiente hospitalar. A proposta desta série seria inovar no gênero, a partir das seguintes características:

- ✓ Mostrar uma realidade brasileira, retratando o cotidiano da vida daqueles que buscam cuidados com saúde, abordando histórias de vida dos pacientes e dos profissionais da saúde num contexto amplo e complexo;
 - ✓ Ampliar o enfoque dado à questão da Saúde, levando em consideração aspectos relacionados aos indivíduos (e não apenas à doença), à vida em comunidade, às relações interpessoais, mostrando problemas contemporâneos que impactam na saúde, como, por exemplo, a violência urbana, o desemprego, o caos da vida moderna, além de mostrar temas como o alcoolismo, drogas, a depressão, a gravidez na adolescência e o aborto;
 - ✓ Mostrar que a resolução destes problemas, por serem multidimensionais, provocam nos profissionais de saúde e nos pacientes sensação de frustração e impotência;
 - ✓ Falar sobre a prevenção e promoção da saúde, mostrando ações do dia-a-dia das UBS, tais como vacinação, o pré-natal, o combate à transmissão de dengue e tuberculose, atividades físicas.
-

O Projeto Piloto apresentava como personagens principais: Paulo (médico), Helena (médica), Luiza (psicóloga), Cesinha (agente comunitário de saúde) e Barbara (enfermeira)²⁰.

São também descritos alguns personagens secundários: o traficante local, o vereador, a dona da farmácia, a fisioterapeuta e o psiquiatra do NASF que visitam a UBS esporadicamente, entre outros.

Como episódio piloto, o roteirista sugeriu três histórias entrelaçadas. A primeira história de uma paciente de 60 anos que vive o drama de não querer envelhecer

²⁰ O Projeto Piloto apresenta a seguinte descrição dos personagens: Paulo, 40 anos: clínico geral e médico de família. Médico competente, mas com um comportamento que causa estranhamento às pessoas que convivem com ele. Paulo é bem humorado e capaz de tratar com naturalidade e mesmo fazer piadas sobre doenças e mortes com os pacientes. No entanto, por trás da aparente “falta de seriedade” está um médico humanista e capaz de grandes gestos para curar e aliviar sofrimentos. Helena, 28 anos: médica ginecologista, recém-formada em uma das melhores escolas brasileiras. Helena trabalha há pouco tempo na UBS, mas definitivamente não é o lugar em que ela queria estar. Ela não tem paciência para uma cultura que enaltece os valores da periferia, pois veio de subúrbio e cresceu com renda familiar inferior a muitas famílias. Embora atue com competência, costuma manter distância segura de seus pacientes, na tentativa de não se envolver emocionalmente com eles. O que nem sempre é possível, pois muitas vezes o choque com a realidade vai pegá-la desprevenida. Acha Paulo apenas um fracassado que não foi para lugar nenhum, até se surpreender com a humanidade dele. Luiza, 33 anos: psicóloga, agitada, ansiosa, fala muito e gosta de debater todos os assuntos. Constantemente se irrita quando contrariada. A pessoa de que mais gosta de discordar é Paulo, tida por ela como médico que “sabe tudo”. Do tipo emocional, vive o dilema entre ser apenas profissional ou interferir na vida dos pacientes. Luiza tem dificuldade de aceitar que não pode receitar remédios e que depende de um médico para isso. Acha que todos a tratam de forma inferior, não se sente valorizada. Cesinha, 33 anos: agente comunitário de saúde, ágil, carismático e toma atitudes heróicas. Ele tem certeza que um ACS é alguém que precisa se identificar com a comunidade e gosta muito de seu trabalho. Ele é estimulado pelos moradores a assumir cargos públicos, sob argumento de que a vida pública necessita de gente digna que atenda os interesses da comunidade. Bárbara, 30 anos: enfermeira, negra, bonita, forte, decidida, motivada, mãe solteira de 2 filhos. Há muitos anos trabalhando na mesma unidade, conhece as histórias de cada morador e é muito respeitada por eles. É um pouco autoritária, muitas vezes tem conflitos com os médicos, pois é ela que acompanha o dia-a-dia dos pacientes e muitas vezes discorda dos tratamentos utilizados. Chega a prescrever medicamentos aos pacientes, sem consultar os médicos. Gostaria de arrumar um homem digno para ajudá-la, mas só se mete em relacionamentos complicados. Envolve-se com um homem violento.

e apresenta-se poliqueixosa na consulta. Enquanto Helena acredita que não exista nada a ser feito por ela, Luiza sugere prescrever antidrepressivos e Paulo propõe uma abordagem diferenciada. Leva a paciente para fazer as unhas, comprar novos vestidos, sugere que ela entre no grupo de ginástica da UBS e a convida para um baile na UBS. Ao final, seus sintomas vão desaparecendo e a paciente se sente novamente feliz. A segunda história seria de uma adolescente, que chega à UBS desesperada, pois está grávida de um traficante do bairro. Apesar de Helena ter receitado pílulas anticoncepcionais, sua mãe, evangélica, proibiu o uso. A menina solicita apoio para realizar um aborto, mas Helena diz que não pode fazer isso. A menina então consegue comprar medicação abortiva na farmácia e toma por conta própria. A menina tem um sangramento importante e sua mãe procura Helena acusando-a de ter assassinado sua filha. Na terceira história, a dona da farmácia do bairro e um vereador começam a promover o medo entre os pacientes, divulgando uma falsa epidemia e exigindo que a UBS ofereça coisas absurdas, como vacina para todos e quarentena para os suspeitos. O agente comunitário também apoia a causa, enquanto os demais profissionais de saúde tentam mostrar que esta não tem sentido. Porém, surge a notícia de que houve um importante efeito colateral pós vacina em um paciente e com isso os propagadores da ação são desmoralizados. Durante o episódio, Paulo e Luiza iniciarão um relacionamento amoroso.

O Projeto Piloto ainda descreve possíveis temas para os demais episódios: maus-tratos a crianças, adesão terapêutica do paciente diabético, depressão,

abuso infantil, paciente foragido da polícia e matador de aluguel, cuidado ao paciente hipertenso, problemas com a sexualidade, esquizofrenia, cuidados ao paciente acamado, obesidade infantil, cuidando do cuidador, violência doméstica, entre outros. (Petta e Cannito, Projeto Piloto série Unidade Básica, *acervo pessoal*, 2009, p. 6-9)

Importante notar que o Projeto Piloto já apresentava um conjunto de questões que permaneceram até o projeto final, mas que em geral foram amadurecidos, modificadas e/ou ampliadas, após processo de pesquisa para os roteiros (descrito no item 1.1.4).

A polarização entre o discurso biomédico e uma abordagem mais ampliada do processo saúde-doença-cuidado ainda não estava claramente desenhada entre os dois personagens principais. Também a caracterização das vulnerabilidades no contexto de história de vida e a busca por intervenções mais eficazes no sentido de prevenir agravos e promover saúde, bem como a questão da integralidade nas ações, começavam a ser delineadas, mas ainda necessitavam um maior aprofundamento.

Quanto aos personagens principais, Paulo é o único personagem que sofrerá poucas alterações no decorrer do processo de pesquisa. A personagem Helena, que se chamará Laura posteriormente, terá características diferentes das descritas neste piloto. Luiza deixará de existir, assim como Cesinha e Barbara

também não existirão no projeto final (permanecem o agente comunitário de saúde e a enfermeira, porém com nomes e características distintas das descritas. Os motivos destas mudanças serão melhor descritos posteriormente. Os temas citados presentes no Episódio Piloto, foram parcialmente contemplados após o processo de pesquisa.

1.1.3. A entrada da produtora e a busca pelo financiamento

Em 2009, após escrever o Projeto Piloto decidimos apresentá-lo a uma produtora de conteúdos audiovisuais. Nossa primeira opção foi apresentá-lo à Gullane, produtora experiente que já havia produzido dezenas de filmes com grande qualidade, de temas relevantes e atuais. Dentre estes, estava “Bicho de 7 cabeças”, da diretora Laís Bodanski, uma grande referência na produção nacional, filme sensível e inteligente, que se tornou um símbolo da luta antimanicomial no país na década de 1990.

Em entrevista, Fabiano Gullane, sócio-proprietário da produtora Gullane, caracteriza suas produções:

(...) sempre foi um pilar na Gullane a questão da relevância, né, assim, então aquele tema que a gente tá tratando, qual é o eco que ele vai criar, qual a repercussão que ele vai ter, o quê que ele pode ajudar a melhorar esse país ou ajudar a melhorar as pessoas ou ajudar a melhorar um tema. Então, acho que a nossa história aqui das nossas obras têm muito essas... tem muitos filmes que tem... ou obras de televisão que têm essa força, essa característica. Num cenário tão competitivo que a gente tem no audiovisual hoje, né, com cinema, televisão a cabo, premium, standard ali, normal, aí todo VoD, streaming, todo

*esse universo, acho que quanto mais alto impacto o tema e o conteúdo que tem a ver com a relevância... porque com qualidade, com consciência de que obra você tem, qual é o objetivo daquela obra, com qualidade, com bons talentos, acho que todo mundo faz. Eu acho que talvez o diferencial da Gullane seja um pouco essa necessidade nossa mesmo que a gente tem aqui, esse compromisso, essa necessidade com essa questão da relevância e com a questão do impacto.*²¹

E com relação a chegada do projeto “Unidade Básica” na produtora, Fabiano comenta:

*(...) o que interessou muito numa primeira análise nossa aqui foi exatamente acho que o objetivo que estava por trás da série, que era repercutir e criar um impacto sobre essa consciência da importância da saúde coletiva, da saúde familiar, etc. e tal. De algum jeito, eu me sinto muito feliz e orgulhoso, assim, de quando psiquiatras falam que o “Bicho de Sete Cabeças” teve uma questão, teve um papel importante na luta antimanicomial no Brasil, quando se discute a questão da segurança do país através de um filme como “Carandiru”, que se discuta, que seja uma sementinha, um embrião de alguma coisa ali, o “Que Horas Ela Volta?” nessa discussão toda que a gente tá tendo hoje, né, de precisar tanto de primeira classe, segunda classe, de gênero, de tudo isso. Então, eu acho que o nosso primeiro impacto foi exatamente esse, falar: “Pô, é um negócio que pode ter uma repercussão importante”. Então, acho que essa foi a nossa primeira leitura do que vocês falavam, né, porque vocês vinham já com essa proposta. Então, eu acho que isso foi um fator muito importante pra gente decidir ir. Acho que a originalidade da abordagem, sabe assim, até quando você compara com outras séries médicas, eu acho que a gente dramatiza menos, com truques de dramaturgia mesmo, o nosso tema. Acho que a nossa série é mais naturalista, ela coloca o mundo mais como ele é, os problemas como eles são, as pessoas como elas são, que é um estilo que tem gente que gosta e tem gente que não gosta, é um estilo mais contemporâneo.*²²

²¹ Entrevista com Fabiano Gullane (São Paulo, 31 de janeiro de 2018)

²² Idem

Caio Gullane, também sócio-proprietário da produtora, comenta sobre o principal potencial do projeto:

*Eu acho que a principal potência é que o tema estava muito adormecido no Brasil. O tema médico, o tema saúde, no geral, ainda... agora não tanto, acho que muito por causa da “Unidade Básica” e por conta também do aumento do mercado audiovisual no Brasil, não é só por conta da nossa série, etc. Como tem muito mais audiovisuais no Brasil, produções no Brasil, é natural que um tema como esse venha à tona e comece a ter mais séries sobre a coisa médica. Mas há quatro anos atrás, quando chegou a série aqui, x anos, esse tema estava muito adormecido, a gente tinha pesquisas que mostravam que a última série era de 20 anos atrás e a outra não sei o que, então era muito adormecido. Então, isso foi uma coisa que chamou muito a atenção pra gente, a gente achou muito interessante, visto que no mundo inteiro, tem séries médicas em tudo quanto é lugar. Então, tratar de saúde no audiovisual foi uma sacada de saída.*²³

²³ Entrevista com Caio Gullane (São Paulo, 16 de janeiro de 2018)

Caio Gullane também expõe os principais desafios naquele momento:

Os maiores desafios eu acho que pra variar, e aí, extrapola a Medicina e extrapola a série médica, uma coisa que nós ainda estamos tendo melhorar no Brasil como um todo devido à pouca atividade até pouco tempo atrás, eram os roteiros, o mais difícil é roteiro. Geralmente, o mais difícil é roteiro. Então, o desafio de conseguir criar nos roteiros uma coisa que... eu não tinha muita dúvida que nós teríamos exemplos de casos médicos, o meu problema era com... o meu receio, o meu desafio era com personagens que tivessem uma carga humana verdadeira para que a audiência pudesse se identificar. Então, eu acho que isso veio desde sempre na premissa, meio claro que cada um dos dois protagonistas teriam uma linha bem clara, ao mesmo tempo, isso era um puta desafio: como é que a gente vai conseguir fazer disso personagens legais que consigam gerar outras temporadas e etc.? Porque caso médico é igual caso de polícia, não acaba nunca! Então, sempre vai ter casos, então acho que o medo era não criar personagens fortes. Um segundo medo eu acho era como retratar a saúde pública sem ser primeiro, muito realista, um documental chato, porque tinha uma chance de ficar chato, eu achava, no sentido de: “Pô, estamos aqui querendo mostrar o institucional de como é o SUS”, o institucional disfarçado de ficção. E disso eu tinha receio. E ao mesmo tempo, eu tinha um outro receio também que era de errar, de fazer uma coisa sobre saúde pública e não é bem assim na vida real. Então, eu acho que foi muito importante essa vivência da gente pesquisar nos SUS de verdade, os casos que aparecem, então essa proximidade dos casos verdadeiros tanto com vítimas, quanto com médicos, com vítimas, não, tanto com pacientes, quanto com médicos é uma coisa que sumiu esse medo e fez com que a gente chegasse nos roteiros para valer. Então, acho que a importância de chegar em pessoas, em se espelhar, não só se espelhar, se inspirar em casos reais foi pra gente muito rico, foi onde a gente despertou vários pontos das nossas discussões e deu uma riqueza para a dramaturgia e para os roteiros. Por fim, o meu medo também era a coisa da linguagem, do ritmo, porque por mais que seja série ou gastronômica, ou crime, ou médica, ou de romance, ou de comédia, o audiovisual, hoje em dia, compete com o Batman, com as séries grandes das grandes televisões mundiais, etc. e tal. Então, as pessoas, hoje, têm muito mais acesso, a gente não é da geração e nem vive no momento como há 20 anos atrás, que você só podia... você ligava a televisão, você só ia ver o que tinha naquela televisão, você não tinha acesso. Hoje, a gente briga com um acesso mundial, com o conteúdo do mundo inteiro. Então, eu tinha um receio, também, de como a série ficar atraente porque

ninguém tá a fim de estudar, não é todo mundo que vê, consome audiovisual que tá a fim de estudar Medicina. Então, a gente precisa fazer aquilo como peça de entretenimento, ou como obra de arte, como você preferir chamar. Depende um pouco o uso, a televisão, geralmente, acho que é mais o entretenimento, ao mesmo tempo, entretenimento com conscientização, com arte, com um monte de características, mas o receio é sempre que você vai fazer um trabalho no audiovisual, ao meu ver, tem o receio de como deixar aquilo – entre aspas – sexy pra audiência, como deixar aquilo atraente em que; primeiro... por isso que eu falei da importância dos personagens, mas uma vez que você também achou os personagens, em que ambiente que ele faz, como ele se comporta, como que é o cotidiano de onde ele trabalha...²⁴

O projeto, então, passou a fazer parte de um conjunto de projetos da produtora. A próxima etapa seria a busca pelo financiamento. Em geral, as produtoras de audiovisual têm uma cartela de projetos para serem desenvolvidos e aqueles que conseguem recursos para sua execução são os que terão prioridade na produção. Naquele momento, a produtora não fez nenhuma alteração no conteúdo da proposta, apenas reduziu a proposta inicial de 13 episódios para 8 (com objetivo de diminuir os custos) e fez uma estimativa orçamentária (cerca de 3 milhões de reais/375 mil por episódio) e propôs o nome de Carlos Cortez e Caroline Fioratti para serem os diretores da série.

Em 2010, a Agência Nacional de Cinema (ANCINE), através do Fundo Setorial do Audiovisual, lançou um Edital Público com o objetivo de fomentar a criação e a produção de séries televisivas brasileiras independentes. Este Edital fez parte de um conjunto de iniciativas que irão resultar na aprovação no ano seguinte da

²⁴ Idem

Lei nº 12.485, a Lei da TV paga, que determinou em seu Artigo 16, que *“nos canais de espaço qualificado, no mínimo 3h30 (três horas e trinta minutos) semanais dos conteúdos veiculados no horário nobre deverão ser brasileiros e integrar espaço qualificado, e metade deverá ser produzida por produtora brasileira independente”*.²⁵

A produtora Gullane inscreveu nosso projeto (em parceria com a Rede TV) e fomos um dos 23 projetos selecionados. Fomos contemplados com o financiamento de 50% do valor do orçamento total do filme (1,5 milhão de reais). O restante dos recursos deveria ser buscado em outras parcerias.

A partir daí, foram 3 anos em busca de parcerias para o financiamento. Do fim de 2010 (com a seleção pelo Edital) ao início de 2014, apresentamos o projeto para diversas empresas, instituições, ONGS, etc. A parceria proposta consistia em apoio financeiro à série e em contrapartida a empresa/instituição poderia ter exposição de sua marca/logo/produto nas vinhetas de abertura e encerramento e nos produtos derivados do programa. Desta forma, em comum acordo com a produtora, nunca abrimos espaço para *merchandising* na série (exposição de marca ou produto dentro da obra artística, por exemplo).

²⁵ Os projetos contemplados integraram a Linha de Produção Independente de Obras Audiovisuais para a Televisão: “Linha voltada para operações de investimento em produção independente de obras audiovisuais brasileiras para televisão, privada ou pública, aberta ou por assinatura, incluindo projetos de coprodução internacional.” Foram aceitos projetos de obras audiovisuais nos formatos de obra seriada e minissérie. O contrato de investimento exigiu como interveniente a empresa emissora ou programadora de televisão, que deveria assumir a responsabilidade pela aquisição da primeira licença de exploração comercial da obra audiovisual em televisão e também pela consequente exibição da obra na sua janela específica de atuação. Total investido nesta chamada pública: R\$ 17,7 milhões em 23 projetos de 21 produtoras. Disponível em <https://www.ancine.gov.br/pt-br/sala-imprensa/noticias/fsa-investe-r-177-milh-es-em-23-projetos-de-produ-o-independente-para-televis>

No início de 2014, apresentamos o projeto para o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL), em São Paulo. Eu coordenava, desde 2012, cursos de especialização para formar preceptores para o SUS, desenvolvidos pelo IEP/HSL, em parceria com o Ministério da Saúde. Estes projetos faziam parte de um conjunto de ações, integrantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS)²⁶. O PROADI-SUS consistia em dar benefícios fiscais para hospitais considerados “Hospitais de Excelência”, em contrapartida, estes hospitais deveriam desenvolver projetos de apoio ao SUS, em especial na área de Educação e capacitação dos profissionais. Os projetos desenvolvidos precisavam ser aprovados pelo Ministério da Saúde para serem executados.

Apresentamos o projeto da série “Unidade Básica” para a coordenação destes projetos no IEP/HSL. Nosso projeto foi muito bem recebido pelo corpo dirigente do IEP/HSL, pois encontrava-se em consonância com outros projetos que vinham sendo desenvolvidos pela instituição. O Ministério da Saúde, através do

²⁶ A Lei nº 12.101 atribui o termo "excelência" para as instituições que participam dos benefícios de isenção. Estabeleceu-se, assim, a expressão "Hospitais de Excelência" (HE), nome hoje utilizado por essas instituições para reconhecer que foram habilitadas pelo Ministério da Saúde e que cumprem os requisitos para a apresentação de projetos de apoio ao SUS em troca de isenção de contribuições sociais. A denominação indica que as instituições de saúde assim reconhecidas passam a integrar as ações estratégicas do SUS de maneira mais intensa por conta do uso otimizado de sua capacidade técnica e conhecimento. Seis hospitais obtiveram o reconhecimento como HE, sendo que cinco são da cidade de São Paulo: Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP), Hospital do Coração (SP), Hospital Israelita Albert Einstein (SP), Hospital Moinhos de Vento (RS), Hospital Samaritano (SP) e Hospital Sírio Libanês (SP)" (disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/proadi-sus>)

Departamento de Atenção Básica também considerou o projeto bastante interessante e inovador.

Do ponto de vista político existia uma grande convergência do nosso projeto com as ações prioritárias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no período. O Ministério da Saúde havia lançado, em 2013, o programa “Mais Médicos”, que possuía diversas ações²⁷, entre elas, o fortalecimento da atenção primária, com a abertura de vagas para médicos na atenção primária, nos locais de mais difícil provimento, inicialmente para brasileiros, e posteriormente para estrangeiros. Com o não preenchimento das vagas por médicos brasileiros, cerca de 13.000 médicos cubanos haviam sido alocados nestas regiões, causando uma grande reação, em especial da categoria médica, que se posicionaram contrários a tal medida. Para o Ministério da Saúde era importante, naquele momento, construir um universo simbólico em torno da importância da atenção primária no país e do fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família.

Ao discutirmos os termos da parceria com IEP/HSL e Ministério da Saúde oferecemos a possibilidade de ambos poderem oferecer sugestões de temas/questões a serem abordadas nos episódios, além das contrapartidas já normalmente ofertadas pela produtora.

²⁷ O programa “Mais Médicos” apresentava três pilares na sua formulação: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e Residência Médica em várias regiões do país e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da atenção básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (disponível em <http://maismedicos.gov.br/>)

A partir daí, iniciamos oficialmente o cronograma de desenvolvimento da série, partindo para o processo de pesquisa para os roteiros.

1.1.4. Pesquisa para o roteiro e o refinamento na abordagem

O processo de pesquisa para o roteiro foi realizado nos meses de maio, junho e julho de 2014, nas cidades de São Paulo-SP, Campinas-SP, Brasília-DF e Curitiba-PR.

A pesquisa realizada não seguiu nenhum rigor metodológico e foi realizada pelos criadores da série (Ana Petta, Helena Petta e Newton Cannito) e por um segundo roteirista convidado (Marcos Takeda). Todas as entrevistas foram gravadas e os participantes assinaram um termo de consentimento de participação. Iniciou-se com entrevistas a pesquisadores e pensadores da área de Saúde Coletiva²⁸. Em seguida, foram entrevistados profissionais e gestores de saúde, com atuação na atenção básica²⁹. Também foram realizadas 2 oficinas de trabalho, e por fim,

²⁸ Nesta etapa foram entrevistados: Prof Dr José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres; Prof Dr Gastão Wagner de Souza Campos; Prof Dr Ricardo Rodrigues Teixeira e Prof Dra Elma Lourdes C. Pavone Zoboli.

²⁹ Nesta etapa foram entrevistados, os seguintes profissionais de saúde: Maria Haydee Lima (Médica clínica, com atuação de mais de 20 anos em UBS), Romeu Bertol (Médico de família e comunidade, com atuação de 30 anos em UBS), Silvio Miranda (Médico de família e comunidade, com atuação de 20 anos em UBS), Maria da Graça Araújo Garcia (Médica de família e comunidade, com atuação de mais de 15 anos em UBS); Francisco C. M. De Oliveira (Médico de família e comunidade, com atuação de mais de 10 anos em UBS), Joseane M.A. de Oliveira (Médica de família e comunidade, com atuação de mais de 10 anos em UBS), Deivisson Vianna Dantas (Médico psiquiatra, com atuação na atenção básica), Sabrina Stefanello (Médica psiquiatra, com atuação na atenção básica) e Yaditza Lopez Espinosa (médica cubana, pertencente ao programa Mais Médicos). Os gestores de saúde, com foco na gestão da atenção básica entrevistados foram (com respectivos cargos que ocupavam na época): Heider Aurélio Pinto (Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde), Eduardo Alves Melo (Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde), Patrícia Constante Jaime (Coordenadora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde), Adriano Massuda (Secretário de Saúde do município de Curitiba-PR), Paulo Poli Neto (Diretor de Atenção Básica do município de

foram visitadas Unidades Básicas de Saúde para observações e entrevistas informais *in loco*.

Todas as entrevistas foram não-estruturadas, sendo apenas iniciada pela seguinte questão: *Para você quais são as questões mais importantes que deveriam ser retratadas em uma série televisiva que pretende mostrar o cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde?*

Os entrevistados deram inúmeras contribuições que posteriormente iluminaram o processo para construção dos roteiros. Os pesquisadores/pensadores da área da Saúde Coletiva falaram sobre diversas questões, dentre as quais destaca-se: a insuficiência do modelo biomédico para responder as questões presentes na atenção básica; o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes; o desencontro entre o que a população procura e o que a UBS pode oferecer; a humanização da assistência; a integralidade do cuidado em saúde; os determinantes sociais do processo saúde-doença; as práticas de prevenção e promoção da saúde e redução de vulnerabilidades; o crescente processo de hipermedicalização; a UBS como produtora de agenciamento de encontros; o papel do cuidador; os dilemas éticos vividos pelos profissionais de saúde; o território como potência; as experiências exitosas no SUS, etc.

Os profissionais de saúde relataram em geral casos reais vivenciados por eles, em geral relacionados as dificuldades em dar respostas às questões de saúde por estas estarem relacionadas aos problemas estruturais da comunidade, citaram exemplos de atividades bem-sucedidas e do forte vínculo com a comunidade e pacientes, a relação com a equipe de saúde, entre outros.

Os gestores, por sua vez, dentre várias abordagens, relataram a necessidade de uma melhor qualificação na assistência prestada, em especial, por uma dificuldade de fixação de profissionais na atenção básica, o descompasso entre o processo de formação atual na área da saúde, em especial dos médicos, e as necessidades dos usuários do SUS e a importância da atenção básica para organização de todo sistema.

Foram também realizadas duas Oficinas de Trabalho (OT): uma com representantes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), na cidade de Brasília-DF e outra com grupo de docentes dos Projetos de apoio ao SUS do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL), na cidade de São Paulo-SP.

Nas duas OTs as consignas foram, primeiramente, através do uso de tarjetas, a identificação de questões/temas/conceitos que deveriam ser abordados pela série “Unidade Básica”, e depois, a partir das escolhas registradas nas tarjetas, sugeriu-se que os participantes relatassem histórias que simbolizassem aquelas

questões/temas/conceitos escolhidos. As tarjetas foram agrupadas por núcleos de sentido.

Na OT de Brasília/DF³⁰ as questões/temas/conceitos priorizados (já agrupada por núcleos de sentido) foram:

Questões/Temas/Conceitos que deveriam ser priorizados na série “Unidade Básica” Oficina de Trabalho com Departamento de Atenção Básica/MS Brasília, 29 de maio de 2014	
1. Ações no território (Vivo)/Território/A vida que gira em torno das Unidades/Criação constante de estratégias para superação de problemas (estruturais e políticos)/(Des)Articulação com outros serviços de saúde/UBS como ambiente de convivência.	
2. Estratégias para criar vínculos/Vínculo profissional e comunidade/Envolvimento/A relação equipes/usuários para além da saúde strictu sensu/ Atividades diferenciadas, que o público em geral desconhece (tai chi, caminhada, fitoterapia)/Acolhimento (demanda espontânea, diversidade, diferença)/Cheiro de café vindo da cozinha da UBS.	
3. Processo de trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar/Presença de atores externos (prefeitura, conselho municipal de saúde)/Diversidade de personagens/Equipe horizontal/Papel do Agente comunitário de saúde/Relações de poder dentro da equipe/o trabalho em equipe/Organização do processo de trabalho (diferente do que aprende e faz na saúde especializada)/Participação social/controle social/Participação da população na gestão da Unidade.	
4. Distância entre intenção e efeitos das ações dos profissionais/equipes de saúde/Barreira da Linguagem técnica/Julgamentos morais e/ou religiosos da equipe/ações policiais/Confronto de valores/Densidade tecnológica x complexidade do cuidado.	
5. Saúde mental/Cuidado em Saúde Mental/Usuários que procuram muitas vezes a UBS.	
6. Fortalecimento do SUS/Princípios: longitudinal, coordenar o cuidado, porta de entrada, orientação familiar/comunitária, acesso, integralidade/ Universalidade x adscrição de clientela/ Resolubilidade/Equidade/Rever formação (valorização da ABS, equipe)	

³⁰ Esta OT contou com os seguintes participantes: Eduardo Alves Melo (médico de família e comunidade, diretor do DAB), Marcos Botelho Piovesan (cineasta, responsável pela comunicação do DAB), Mônica Yumi j. De Oliveira (psicóloga), Patrícia Sampaio Chueiri (médica de família e comunidade), Felipe de Oliveira Cavalcanti (médico de família e comunidade), Thaís Alessa Leite (médica de família e comunidade), Adriana Kitajima (fisioterapeuta), Adriana Paula de Almeida (enfermeira), Antonio Neves Ribas (fisioterapeuta).

Na OT de São Paulo/SP³¹ as questões/temas/conceitos priorizados (já agrupada por núcleos de sentido) foram:

Questões/Temas/Conceitos que deveriam ser priorizados na série “Unidade Básica” Oficina de Trabalho com Instituto de Ensino e Pesquisa do HSL São Paulo, 30 de maio de 2014	
1. Desafios dos modos de assistir/cuidar/Autonomia/Supremacia e insuficiência do saber técnico-científico/A ação complementar dos profissionais de saúde/Perfil do médico.	
2. Contexto social/Implicação do modo de vida/exclusão social.	
3. A escuta terapêutica/Sensibilidade para entender a perspectiva do paciente/família/O toque terapêutico/ Cuidado com o cuidador/ Práticas alternativas/Atenção domiciliar.	
4. Manejo de doenças crônicas/Saúde da mulher (foco: reprodutivo)/Saúde mental (deshospitalização)/saúde do trabalhador (adoece?).	
5. Relação de poder entre profissionais x usuários/Relação de poder nas equipes/Possibilidades de relações saudáveis entre equipes e usuários/Mobilização e envolvimento das equipes.	
6. A fila (invisível?)/Filas	

Além das entrevistas e Oficinas de Trabalho, foram visitadas quatro UBS no município de Curitiba-PR, para observação do processo de trabalho *in loco*. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba foi uma grande parceira, abrindo as portas de suas unidades e permitindo que se realizassem entrevistas com seus profissionais sem restrições. Nestas visitas foram acompanhadas todas as atividades rotineiras de uma UBS, tais como: reuniões de equipe de saúde, visitas domiciliares, consultas na UBS de puericultura, pré-natal, atendimento ao

³¹ Nesta OT os participantes foram: Roberto de Queiroz Padilha (médico e diretor de ensino do IEP/HSL); Valéria Vernaschi Lima (médica, docente da UFSCar e IEP/HSL); Everton Soeiro (médico, docente Puccamp e IEP/HSL); Eliana Cláudia de Otero Ribeiro (médica, docente UFRJ e IEP/HSL); Marilda Siriani de Oliveira (médica, docente da FAMEMA e IEP-HSL); Altair Massaro (médico, docente IEP/HSL)

idoso. Nestas visitas também foram entrevistados informalmente gerentes de UBS, agentes comunitários, enfermeiros e médicos acerca de suas rotinas de trabalho, para melhor entendimento do processo.

Por fim, também fez parte do processo de pesquisa consulta a Rede Humaniza-SUS³², que constitui-se em uma rede social de trabalhadores, gestores e usuários do SUS, em que são narradas histórias cotidianas da atenção primária em saúde de todo país.

Após todo este processo, que durou cerca de 3 meses, entendemos que existiam três eixos principais a serem explorados, tanto para construção dos personagens, quanto para escolha de temas e construção dos episódios:

1. As diferentes racionalidades implicadas nas ações de saúde: presença de um *discurso biomédico* versus novas formas de se pensar o *Cuidado em saúde*;
2. Um diálogo com a prevenção de agravos e promoção da saúde, a partir de um entendimento mais ampliado sobre o processo saúde-doença, buscando caracterizar as diferentes *vulnerabilidades* existente neste processo;

³² Disponível em <http://redehumanizasus.net/sobre>

3. A presença de atributos da Atenção Primária à Saúde, tendo a *integralidade* como eixo norteador de suas ações.

1.1.5. O processo de construção dos roteiros

O processo de construção dos roteiros durou aproximadamente 6 meses e teve as participações de Newton Cannito e Marcos Takeda (roteiristas principais) e Victor Hugo Valouis (colaborador). Victor foi convidado a fazer parte da equipe, pois havia realizado um curso sobre roteiro com Newton e, coincidentemente, também atuava como médico de família e comunidade em uma Unidade Básica de Saúde, na Zona Sul de São Paulo.

O processo consistiu em os roteiristas, a partir do processo de pesquisa, elaborarem primeiramente a bíblia da série (o conceito, personagens principais, arco da temporada, argumento dos episódios), depois a *escaleta* (“esqueleto” da série, o conjunto de cenas e atos, a sequência dos eventos, porém sem as falas dos personagens) e por fim os *roteiros*.

A partir das propostas realizadas pela equipe de roteiristas, coube a mim como consultora médica, aos produtores e diretores, e posteriormente, aos representantes do canal, a função de fazermos uma leitura cuidadosa, sugerindo mudanças ou aprimoramentos, em constante diálogo com a equipe.

A primeira bíblia, sugerida pela equipe de roteiristas, apresentou como conceito principal: “tratava-se de uma série médica investigativa diferente das tradicionais séries médicas. Ao invés da investigação ser centrada no diagnóstico de uma doença, esta série fará, a partir de um diagnóstico, uma investigação relacionada aos aspectos da vida dos pacientes, seus medos e angústias, suas relações interpessoais e sua vida na comunidade”. Os personagens principais apresentados foram: Dr Paulo (médico, 45 anos), Dra Helena (médica, 30 anos), Beth (gerente da UBS, pedagoga, 60 anos), Enf. Bárbara (enfermeira, 50 anos), Malaquias (agente comunitário de saúde, 70 anos), e a cada episódio seriam apresentados uma dupla de internos, que estariam estagiando na unidade³³.

³³ Descrição inicial dos personagens principais (primeira Bíblia série Unidade Básica):

DR. PAULO - *Uma missão: fazer a diferença na vida das pessoas*. 45 anos, formado em Medicina há 15, dos quais sempre trabalhou na mesma Unidade Básica de Saúde como Médico de Família e Comunidade. Apaixonado pelo seu trabalho, mergulha nos dramas vividos pelos seus pacientes de forma visceral. Sua missão é ser um agente de transformação efetivo na vida daqueles que estão sob os seus cuidados. Workaholic, vive para o trabalho. Sofre de insônia. Fuma e bebe compulsivamente quando está envolvido num caso especialmente excitante. Divorciado, tem um filho de 17 anos, que mora com a mãe e com o qual ele tem pouco contato. A homossexualidade do filho é um tema com o qual ele não sabe lidar, nem fala a respeito, e que vai confrontá-lo no final da primeira temporada da série. Seja atuando na investigação de casos clínicos, na resolução de conflitos, na cura ou ao menos no alívio do sofrimento alheio, Dr. Paulo é um médico que sempre deixa sua marca. Bem-humorado e amável, é aclamado por boa parte dos pacientes que atende. Irônico, impulsivo e às vezes até agressivo, é visto com desconfiança por DRA. HELENA, sua colega de trabalho, recém-chegada à UBS.

DRA. HELENA - *Um objetivo: tornar-se Residente de Radiologia no final do ano*. Aos 30 anos, DRA. HELENA ostenta o fato de já ser formada em 2 faculdades: Engenharia Química e Medicina. Recém-formada em Medicina, pretende fazer especialização na concorridíssima área de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Considera sua passagem pela Atenção Básica um “mal necessário”, apenas um purgatório enquanto junta dinheiro para casar-se no fim do ano com Flávio, um médico residente de Cirurgia Geral, seu namorado há 5 anos, que a pede em casamento durante a primeira temporada da série. Patricinha não assumida, orgulha-se de reunir dois louváveis atributos: beleza e inteligência. Médica tecnicamente impecável, bastante estudiosa, sabe de cor todos os protocolos clínicos, critérios diagnósticos e esquemas terapêuticos possíveis e imagináveis. Bulímica e instável, abusa de remédios e evita a todo custo o envolvimento com seus pacientes. Justa e correta, DRA. HELENA será a principal aliada da GERENTE BETH no cumprimento das metas de produtividade. Ao chegar na UBS, se tornará a principal antagonista de DR. PAULO, por não concordar com suas condutas e seu jeito peculiar de lidar com os pacientes. Vê o colega como um médico inferior, acomodado, que não se tornou especialista da alta complexidade não por opção, mas por incompetência. Ao longo da primeira temporada da série, entretanto, ela vai compreender a “alta complexidade” humana que é trabalhar na Atenção Básica, deparando-se com desafios até então insuspeitados.

BETH (GERENTE): 60 anos, é formada em Pedagogia, mas nunca exerceu a profissão. Por meio de amizade e contatos, tornou-se gerente de Unidades Básicas de Saúde. Condecorada como Gerente Revelação em seu início de carreira, apresentou a partir de então uma ascensão meteórica. Sempre destaque da Revista “Saúde Celebrities”, foi apontada nos últimos 3 anos como a melhor gerente de UBS’s do Estado de São Paulo. Pretende elevar os números de produtividade da Unidade Básica onde DR. PAULO trabalha, da qual tornou-se gerente há aproximadamente um mês. Nunca casou, mas é noiva de Rubenildo, um homem 10 anos mais jovem que ninguém nunca viu. Hipocondríaca, não chega perto dos pacientes com medo de pegar alguma doença. Um prato cheio para as brincadeiras de DR. PAULO. Elitista, obcecada por gráficos, tabelas e estatísticas, interessa-se mais por números do que por pessoas.

MALAQUIAS (ACS): 70 anos, “Malaca”, como é conhecido, é o Agente Comunitário de Saúde mais idoso da UBS. É conhecido e respeitado como líder na comunidade, uma espécie de “xamã antigo”. Sabe o privilégio e a responsabilidade que é entrar na casa das

Os episódios foram apresentados com os seguintes itens: resumo da história, área médica abordada, quem resolve o conflito, tema espelho, relação Paulo/Helena, pano de fundo, cenário extra, aprendizado, conflito ético, história secundária e relevância.

Segue exemplo de apresentação dos episódios:

Episódio 1:

Dra. Helena, recém-chegada à Unidade Básica de Saúde, se depara com o intrigante caso da garota Sofia (6), que urina sangue há mais de 3 meses. Durante sua entusiasmada investigação diagnóstica, ela acaba suspeitando de Granulomatose de Wegener, uma rara doença que acomete rins e pulmões. Decidida, Dra. Helena solicita uma avaliação de um especialista, o Nefrologista Pediátrico, para a realização de uma biópsia renal, procedimento eventualmente arriscado e doloroso. A estagiária de Medicina, no entanto, está convencida de que a menina é abusada sexualmente pelo avô, o machista Seu Queiróz (65). Beth, a gerente, pensa em denunciar o velho para o Conselho Tutelar. Dr. Paulo se envolve no caso e com a ajuda do ACS Malaquias, descobre que na verdade

peçoas; “mitologiza” a função do Agente Comunitário de Saúde. Não liga para os jogos de poder na UBS, não se importa com a gerente e sabe que tudo passa. É “indemissível”. Personagem-orelha e Mentor de PAULO, está sempre agindo para conduzir à resolução dos casos, muitas vezes executando ações aparentemente prosaicas, como cuidar da horta, preparar um chá, abrir as janelas da casa de uma paciente ou mudar os livros de uma estante de lugar. É um “mestre dos magos” da Unidade Básica. Com frequência aparece nos momentos de crise com uma solução mágica, quase imperceptível, sob a forma de pequenos “sinais”, descuidos e aparentes acasos, testemunhados muitas vezes apenas pelo público. É um sábio, recorre muito a aforismas. Emite opiniões pouco convencionais sobre os problemas enfrentados pelos médicos, através de falas que chegam a ultrapassar o limite da ética, mas que lançam luz a novos pontos de vista.

ENFA. BÁRBARA: 50 anos, Enfermeira da UBS há mais de 20, conhece muito a comunidade. Muito zelosa, apaziguadora e respeitada por todos, sempre surge com mensagens edificantes e ensinamentos àqueles que a rodeiam. Defensora da Atenção Básica e da Saúde Pública. Casada e mãe de um garoto com Síndrome de Down, tem uma vida modesta e aparentemente sem grandes ambições. Sonha publicar um livro reunindo narrativas da Unidade Básica onde trabalha há tantos anos. Antenada, mantém na web um videoblog onde registra histórias reais vividas por ela, por pacientes e colegas de trabalho. (uma possível ação transmídia da série).

INTERNOS: Em cada episódio da série será utilizada uma dupla de internos que estão ali na unidade para fazerem o internato em medicina da família, são sempre jovens estudantes e irão dialogar com a situação que se apresentar no caso.

Ivete (26), a mãe da pequena Sofia, simula doenças na criança para chamar a atenção do ex-marido, um clássico caso de “Síndrome de Munchausen por Procuração”. Com sua sabedoria ele consegue fazer ela confessar.

Área médica: Saúde da criança

Quem resolve: Paulo, com ajuda do agente comunitário de saúde

Tipo de investigação: doença/ falsa doença

Tema espelho (o que relaciona com a curva pessoal dos personagens): machismo de Paulo. Feminismo de Helena. Isso muda a investigação.

Relação Paulo / Helena: ela acha que ele é vagabundo (dorme, não cumpre metas) e machista (paquera todas). Mas ele resolve o caso brilhantemente. Ela tem uma surpresa no desfecho do episódio. Evolução: aqui ela só acha ele um idiota. E vai ficar surpresa no final. Mas ainda achará que é sorte. No segundo ela terá raiva dele mesmo.

Pano de fundo: início do ano. Infância, “volta às aulas”.

Cenário extra: casa da pequena Sofia.

Aprendizado: De Helena. Importância do Agente Comunitário de Saúde. Necessidade em conhecer melhor os pacientes, antes de atribuí-los doenças raras e diagnósticos fúnebres. Cautela na solicitação de exames de alta complexidade.

Conflito ético: cuidados ao denunciar alguém. Paulo conseguir a confissão da mãe e não julgá-la.

História secundária: chegada de Helena, a nova médica da UBS. Mudanças implantadas pela gerente.

Relevância: Evidenciar a necessidade de ir além do diagnóstico clínico tradicional, revelar a importância de conhecer a história pessoal do paciente / da família. Reconhecer a relevância do agente comunitário de saúde.

O Quadro 1, mostra os resumos dos episódios apresentados na primeira Bíblia da série Unidade Básica:

Quadro 1 - Resumo dos episódios apresentados na primeira Bíblia da série

Unidade Básica:

DONA VILMA

DONA VILMA (70) é uma paciente portadora de hipertensão, diabetes e enfisema pulmonar que não adere ao tratamento. DRA. HELENA está irada, pois não encontra meios de convencer a idosa a tomar as injeções de insulina e os comprimidos de uso contínuo. DR. PAULO se envolve no caso da colega. Em cena forte ele joga todos os inúmeros remédios na privada e assume o comando do caso, com uma visão mais sistêmica. Descobre que a idosa viúva não se trata simplesmente porque quer morrer e se sente uma inútil, principalmente depois que sua filha contratou a intragável periguita VALDITE (27) como sua cuidadora. DR. PAULO percebe que a paciente passa com inúmeros especialistas e não segue nenhum deles. O médico conquista a simpatia da senhora, que ele descobre ser uma grande fã da rainha do rádio, Emilinha Borba, e do “rouxinol brasileiro”, Dalva de Oliveira, ambas famosas por suas populares marchinhas de Carnaval. Além de resgatar a alegria de viver em Dona Vilma, DR. PAULO lhe arranja um trabalho de cuidadora, em troca da sua adesão ao tratamento. A cura dela era cuidar de alguém.

O REI DA SUCATA

Uma família de acumuladores é acusada por representantes do Conselho Local de serem responsáveis por novos focos de dengue e do aumento dos ratos. JOEL (32), o patriarca, é tido como louco e os moradores da região exigem providências da UBS. DR. PAULO acompanha o caso, mas dessa vez quem se mete é DRA. HELENA, que com a ajuda da GERENTE BETH, traz um renomado Psiquiatra para ajudar no manejo do caso. Ao visitar a família de catadores, ao se deparar com grande quantidade de entulhos, velharias e até mesmo um altar com “entidades religiosas” feitas de lixo, o especialista prontamente classifica JOEL como Esquizofrênico com delírios místicos e sugere a prescrição de antipsicóticos, o que DRA. HELENA concorda de imediato. O uso da medicação não só deixa o paciente dopado, como leva a família de catadores de lixo à miséria porque JOEL vive de fazer essas esculturas de lixo e a família vende nas ruas, com a medicação ele não consegue fazer as esculturas. DR. PAULO, que conhece essa família há anos, lutará para que as medicações sejam suspensas e vai descobrir uma abordagem mais adequada ao caso, que atenda às demandas do paciente, da sua família e da comunidade.

PASTOR QUE CURA HIV

JULIANO (25) é um crente fervoroso que se descobre portador do HIV, mas interrompe o tratamento ao ser “curado” pelo pastor da sua igreja. DRA. HELENA fica indignada com a situação, pois a esposa dele está grávida e não é portadora do vírus. Ela quer que o marido conte para a esposa. Mas para surpresa de Helena ele já contou e ela aceitou e acredita que o marido está curado. Helena não entende nada, fica confusa, mas quer defender a criança que está para nascer. Ameaça parar de atender a gestante caso ela não convença o marido a se tratar. Elas brigam e chegam a um impasse sem solução. Paulo e Malaquias, no entanto, seguem um caminho mais inusitado. Por que não falar com o pastor? Numa aula de tolerância, Paulo trata o pastor de igual para igual. Diz que o pastor é também um curador, tal como ele. O pastor entende o problema de Paulo, mas não pode negar que ele fez a cura, ou perderia o poder. Novo impasse. Mas Paulo tem uma ideia que concilia a religião com a ciência e convence o pastor da igreja a se envolver numa inusitada trama: juntos, eles fingem que JULIANO, devido a sua vida mundana, pegou HIV de novo. E dessa vez Deus está mais bravo com ele e só o manterá vivo caso use os milagrosos comprimidos que o pastor tem para lhe oferecer.

DONA INÁ

DONA INÁ (70) é uma simpática idosa que raramente usa a UBS, pois possui convênio. Após meses de tratamento com um Ortopedista por dor no ombro, ela tem uma crise de falta de ar e vai parar na UBS. Por meio de um ultrassom realizado por DRA. HELENA, tem-se um terrível diagnóstico: ela possui um câncer avançado nos ossos e nos pulmões. A médica, que já tinha visitado a paciente previamente, se sente culpada por não ter chegado antes a esse diagnóstico. A partir de então, DRA. HELENA se verá envolvida no difícil acompanhamento de uma paciente terminal. Ao mesmo tempo, descobre-se que Dona Iná tem uma filha moradora de rua, que foi expulsa de casa pela mãe, por ter engravidado do padrasto. A partir da discussão sobre o papel dos cuidados paliativos, a equipe de saúde irá buscar reconciliar mãe e filha.

SURTO DE LEPTOSPIROSE

Um surto de leptospirose ameaça os moradores da comunidade. DR. PAULO empenha-se em descobrir o foco da doença e conscientizar os pacientes de que não devem usar o veneno caseiro para matar os ratos. DRA. HELENA atende o estranho caso de JOEL (45), que apresenta um provável caso de leptospirose, mas não melhora com os medicamentos. Em sua criteriosa investigação, a médica descobre que o homem, que viajou recentemente para Belém do Pará para se encontrar com uma amante, contraiu na verdade Febre Amarela. Dessa vez, DRA. HELENA está certa e a internação do paciente é a única maneira de salvar-lhe a vida.

UMA CIRROSE FAMILIAR

ERALDO (65) tem uma parada cardíaca em plena UBS, durante uma campanha de vacinação de gripe para idosos. DR. PAULO e DRA. HELENA conseguem reanimá-lo e enviá-lo de ambulância ao Hospital mais próximo. Em casa após a alta hospitalar, ERALDO recebe a visita de DR. PAULO, que se compromete a acompanhar o doente por meio de visitas domiciliares. Ele foi liberado do hospital com um triste diagnóstico: cirrose hepática grave, sem possibilidade de transplante de fígado. Ao longo do acompanhamento do paciente terminal, DR. PAULO realiza um belo trabalho de investigação da dinâmica familiar. Por meio do genograma descobre que não apenas ERALDO como todos os homens que se casam com mulheres dessa família tornam-se alcoolistas severos, em decorrência da difícil relação com suas esposas, extremamente dependentes e exigentes dos maridos. ERALDO morre, mas a ação do médico impulsiona toda a família a rever sua dinâmica, no sentido de evitar que todos os homens tenham o mesmo destino trágico, “curando-os” desse “carma”. Essa percepção consegue dar algum sentido a essa doença.

O MÉDICO DOENTE

DR. PAULO, um fumante inveterado, preocupa-se quando é acometido por um estranho “nó na garganta”, uma dificuldade cada vez mais angustiante para engolir alimentos. Com medo de estar com câncer, o médico recorre a diversos especialistas, que nada descobrem, até deparar-se com a dura constatação, revelada pela sua colega Helena, durante um exame de Ultrassom, realizado na própria UBS: enquanto ele não “engolir” o fato de que seu filho é gay, ele jamais será curado desse misterioso sintoma que tanto o atormenta.

Após apresentação dos episódios (Bíblia, escaletas roteiros), iniciou-se o processo de discussão com a equipe de roteiristas. De minha parte, pude contar com ajuda de alguns colegas, em especial, que tinham um trabalho mais próximo ao campo abordado pelos episódios (saúde mental, HIV/AIDS, cuidados paliativos). Fiz discussões pontuais sobre questões que me incomodavam em cada episódio, e assim pude apresentar críticas mais consistentes para a equipe de roteiristas.

De maneira geral, os casos apresentados conseguiram captar os três eixos definidos no processo de pesquisa. Os dois personagens principais, representavam o diálogo entre o discurso biomédico, através da personagem Helena e uma abordagem mais ampliada do cuidado, através do personagem Paulo. Os temas propostos abordavam histórias relevantes no contexto da saúde pública brasileira, e caracterizavam bem um conjunto de vulnerabilidades presentes no contexto de vida dos pacientes. Também estava presente, como pano de fundo, os atributos da atenção primária, com a presença da equipe de saúde, do vínculo com território, e a busca da integralidade nas ações.

As questões mais técnicas relacionadas aos sintomas ou diagnósticos descritos de maneira incorreta e/ou incompleta foram mínimas, decorrentes do fato de termos a presença de um médico na equipe de roteiristas. Também ocorreram pequenas observações que diziam respeito ao vocabulário usado pelos profissionais de saúde, a maneira de expressar certas questões, que por algumas vezes, soavam artificiais.

As principais críticas levantadas por mim neste momento, primeiramente, estavam relacionadas à resolução dos casos, principalmente às ações realizadas pelo personagem Dr. Paulo para a resolução da intriga. As histórias, assim como apresentado no conceito da série, giravam em torno de uma investigação ampliada da vida do paciente (e não apenas da doença) e ao final, Paulo era responsável por propor uma abordagem, em geral, de uma maneira não convencional. Com isso, as resoluções dos casos, não diziam respeito a um procedimento técnico apenas, e sim a uma abordagem prática, individualizada, específica para aquela situação. De maneira geral, considereei naquele momento, algumas propostas de abordagens agressivas, moralistas e/ou anti-éticas. Exemplos apresentados nos argumentos das histórias:

“Em cena forte ele joga todos os inúmeros remédios na privada e assume o comando do caso, com uma visão mais sistêmica”. (Episódio Dona Wilma)

“Mas Paulo tem uma ideia que concilia a religião com a ciência e convence o pastor da igreja a se envolver numa inusitada trama: juntos, eles fingem que JULIANO, devido a sua vida mundana, pegou HIV de novo”. (Episódio Pastor que cura HIV)

Nos roteiros também foram diversas as passagens em que o incômodo se deu neste mesmo sentido. No episódio em que a mãe simula sangramento da filha,

por exemplo, para que Ivete confessasse ser ela a responsável pelo sangue na urina, Paulo dizia de maneira chantagiosa:

PAULO: *O Robson vai matar seu pai. É isso que você quer? Seu pai morto e o Robson preso! Ou prefere que seu pai termine preso por pedofilia? É isso?*

Outro exemplo, também expresso na primeira versão dos roteiros, desta vez no episódio em que Dona Iná, paciente terminal, se recusa a perdoar a filha, Paulo a acusava, em seu leito de morte:

DONA INA: (baixa a bola e se defende): *Eu não tenho porque pedir perdão. Eu é que estou com a razão.*
PAULO: *Razão? Iná, minha filha... Se liga!! Você vai morrer em breve. Essa é a grande decisão de sua vida. Você quer ou não quer morrer sabendo que sua neta vai ser feliz?*

Parte destas críticas foram aceitas pela equipe de roteiristas, com algumas cenas modificadas ou excluídas.

No primeiro exemplo, optou-se por manter a cena dos remédios sendo jogados na privada e acrescentar uma cena em que Beth reprime Paulo por ter tido esta atitude.

No segundo caso, no episódio sobre religião e HIV, optou-se por deixar para o pastor o discurso moralista de “recontaminação” do HIV, e isto não ser dito por Paulo como sugerido anteriormente. Este episódio foi um dos mais discutidos pela equipe, devido ao risco de que ele pudesse fomentar uma relação entre o mau comportamento e a promiscuidade do personagem Juliano a uma culpabilização pela contaminação do HIV. Uma das soluções encontradas foi criar um diálogo entre os personagens Paulo e Helena abordando esta questão. Helena diz à Paulo que sua estratégia é anti-ética, pois trata a doença como um castigo divino, como em tempos medievais. Paulo argumenta dizendo que não se trata de concordar com o pastor, mas sim de uma estratégia para convencer Juliano a se cuidar de sua doença.

Nos dois outros exemplos citados foram realizadas modificações no sentido de tornar Paulo menos agressivo e impositivo em suas ações. De maneira geral, busquei mostrar a necessidade em se pensar em estratégias de intervenção em que se criassem mecanismos para uma maior autonomia, empoderamento e redução das vulnerabilidades dos pacientes.

Uma outra questão debatida sobre o personagem Paulo foi o fato dele ser tabagista. Para os roteiristas esta seria uma forma de mostrar as contradições da personagem, de torná-lo mais humano. Apontei a necessidade de que, caso foi opção manter esta condição, em algum momento esta questão fosse objeto de reflexão da personagem. A opção foi por manter e problematizar o vício ao cigarro no último episódio, episódio em que Paulo adoece.

Para o roteirista Newton Cannito:

Então tinha essa dificuldade de entendimento dessa... de analisar a obra inteira e não analisar um pedaço dela, que é uma dificuldade em todos os nossos... a gente tem isso, não são só os médicos, não, é um padrão, distribuidor, todo mundo tem essa dificuldade. O cara vê uma cena e fala: "Não gostei dessa cena", (...) o cara fica analisando um pedaço ao invés de analisar o conjunto da dramaturgia, né? (...) É porque os heróis, em geral, eles são heróis porque justamente eles estão além das regras, né? Senão não é herói. Se for seguir a regra, não é herói, é um robô. Se fosse para seguir um procedimento. (...) Tem um princípio que eu uso na vida que é a regra aqui é o que você faz quando você não sabe o que fazer. Se você não sabe o que fazer, segue a regra, mas se você souber o que fazer... só que aí, você tá quebrando a regra, pode dar errado, pode dar muito certo e muito errado, se der muito errado, você tá fudido, você é o responsável, então a gente vai fazer acontecer com o Paulo, também, né? É um risco que você corre, né, é uma aposta. Mas os heróis são rebeldes... (...) Você quer um Capitão América? Você quer Capitão Médico de Família, é isso? Você não quer isso, também, você quer um herói além de você, senão não é herói, a função de herói é um semi-Deus, ele tem que estar além, as regras são humanas, o herói é além. É isso, na verdade, não é porque ele tá tendo falhas, não, tem hora que é falha, falha é outra coisa, mas por exemplo, eu no acho que é falha ele jogar o negócio na privada, eu acho que é performance, performance para provocar a realidade. Eu acho isso, tá meio errado, mas o impacto é tão legal, que vale a pena para conseguir o impacto. Então, um cara que sabe quebrar a regra acertando. Eu acho que ele acertou, ele resolveu o caso da AIDS, acho que acertou. (...) ele é um cara que finge, ele é um personagem... ele é um agente secreto, que entra na Alemanha oriental, é isso que eu penso, assim, pra mim é isso. O cara entra na Alemanha oriental, se fantasia de comunista pra descobrir alguma informação, entendeu, e fazer o que tem que ser feito. O Paulo é isso. Como é que ele se fantasia de comunista? Tem que se fantasiar, acreditar que... (...) Isso é bastante incompreendido, porque ficam os heróis complexos, você não sabe quem é ele, porque ele tem fantasias, ele se fantasia.³⁴

³⁴ Entrevista com Newton Cannito (São Paulo, 15 de janeiro de 2018)

Uma segunda questão apontada neste momento foi a necessidade de envolver mais a equipe de saúde no cuidado aos pacientes, pois as histórias tinham uma centralidade muito grande nos médicos. Embora, ainda insuficiente, a equipe buscou aumentar a participação dos outros personagens, em especial de Malaquias e Beth, e definiu por inserir em todos os episódios uma cena de reunião da equipe de saúde. Por fim, apontei o desconforto com algumas cenas em que a confidencialidade do caso não era respeitada pela equipe, com diálogos sobre histórias relatadas em ambiente protegido sendo discutidas em ambiente público. Com isso, algumas cenas foram modificadas neste sentido.

Ao mesmo tempo em que o material era lido por mim e pelos produtores, também os diretores Caroline Fioratti e Carlos Cortez tiveram acesso ao projeto e roteiros para iniciar o planejamento da direção e das filmagens.

Para Caroline Fioratti a entrada no projeto trazia grandes desafios:

Gosto muito do discurso, eu acho um desafio tratar esse assunto, um desafio bom. Agora um desafio bom em termos políticos, agora como vamos transformar isso em entretenimento para que a gente não faça uma série que não seja panfletária. Talvez esse foi o principal desafio. Para mim o discurso é muito importante. E como unir discurso e dramaturgia, até porque a estética eu parto do roteiro. Eu não tento encaixar uma estética no roteiro... Enquanto a gente não encontrasse este roteiro, estas histórias, esta dramaturgia, eu estava também com dificuldade de encontrar uma linguagem... De encontrar uma estética, foi um desafio de todos... como a gente através dos diálogos, das situações, colocar o que a gente quer falar da saúde pública, mas sem cair em um lugar que seja chato pro público comum.... Porque eu sabia que o público da saúde ia

*achar aquilo super legal, né, porque estaria ouvindo o seu linguajar, identificando a sua realidade lá... Mas, eu pensava em quem não é da saúde. O público que está lá porque quer ver os dramas daqueles personagens e vai conhecer este universo... Será que ele vai se afastar?*³⁵

Carlos Cortez, também diretor de “Unidade Básica”, mostra posição semelhante:

*Eu adorei a proposta. Quando li a bíblia me senti identificado... Este tipo de Medicina... Eu defendo... Não tinha tanta noção quanto eu tenho agora... e defendo mais ainda... Os países mais avançados a medicina é assim... Espanha, Canadá... O principal desafio era passar o conjunto de conhecimentos, de conceitos, do novo modelo de medicina... Tinha um risco muito grande de cair na didática... As primeiras versões do roteiro tinha uma carga institucional muito forte... (...) Então a gente tinha que fugir pra tornar a série, para garantir a audiência dela, tornar a série uma série humana. Sei lá... tocante, sabe assim? Que fosse uma coisa que emocionasse o público e que fugisse do institucional, do didático e ao mesmo tempo passar este conjunto de informações que tinha que ser passado... Este era o grande desafio. Como caminhar neste fio esticado que você tem obrigação de passar conceitos e emocionar as pessoas, ser tocante...*³⁶

A entrada dos diretores na discussão sobre os episódios trouxe várias modificações nos roteiros, em geral, relacionadas a uma melhor caracterização dos personagens e das cenas roteirizadas. Muitas cenas deixaram de existir por não serem plausíveis de serem filmadas, por exemplo, representarem um custo orçamentário, não justificável para o entendimento da trama. Por exemplo, no episódio em que o paciente Eraldo tem uma parada cardio-respiratória, inicialmente no roteiro existia sua chegada ao hospital terciário. Uma outra

³⁵ Entrevista com Caroline Fioratti (São Paulo, 29 de janeiro de 2018)

³⁶ Entrevista com Carlos Cortez (São Paulo, 2 de fevereiro de 2018)

questão bastante levantada pelos diretores foi a necessidade de uma melhor caracterização das personagens femininas, pois em geral, estas eram personagens mais fracas, sempre em intensa dependência masculina. Ao longo do processo, a personagem Helena, que teve seu nome mudado para Laura, foi tendo um protagonismo maior nos casos e foi modificando algumas características que foram apresentadas na primeira Bíblia. Após definição de que teríamos apenas uma personagem como estudante/interno, criou-se a personagem Samara, que ao assumir um lugar de representação de uma postura médica mais preconceituosa e elitista, fez com que Helena/Laura pudesse ter um processo maior de humanização e aprendizado com aquele ambiente.

Outras personagens femininas, durante este processo, foram tendo uma participação mais efetiva nos episódios. Por exemplo, a personagem Valdite, que aparece no episódio Dona Wilma como cuidadora, inicialmente é caracterizada como “perigete”, mas após discussões e mudanças no roteiro, esta personagem passa a ter uma história própria, que mostra sua luta pela sobrevivência em São Paulo, seu envolvimento amoroso com Malaquias e sua volta para o Nordeste, ao final do episódio.

Outro exemplo, foi no episódio “Uma cirrose familiar”, que no decorrer deste processo de construção dos roteiros, sofreu alterações no sentido de buscar mostrar a relação entre as mulheres poliqueixosas e os maridos alcoolistas, muito mais como um processo de coprodução, em que ambos reforçam suas

neuroses e dependências, e não, como inicialmente descrito, “os homens que se casam com mulheres dessa família tornam-se alcoolistas severos, em decorrência da difícil relação com suas esposas, extremamente dependentes e exigentes dos maridos”.

1.1.6. O canal de TV e o formato procedural

Após a seleção por Edital público em 2010, a produtora Gullane iniciou as negociações com o canal Rede TV, porém devido a impasses burocráticos, a parceria acabou não se concretizando e foi necessário a busca de um novo parceiro televisivo. Com a aprovação da lei da TV paga em 2011, os canais de TV por assinatura passaram a necessitar de conteúdos brasileiros produzidos por produtoras independentes para cumprimento de cota obrigatória. Foi assim, que após negociações, a produtora fechou com o canal *Universal Channel* para ser o responsável pela exibição da série “Unidade Básica” em âmbito nacional. Segundo Paulo Barata, CEO do canal *Universal Channel* no Brasil:

Este processo todo se inicia com a aprovação no Congresso das cotas de programação brasileira para TV por assinatura. Originalmente a gente não tinha programação brasileira no canal. Ele foi concebido para exibir séries, as chamadas broadcasting americans series, que são as séries feitas para TV aberta nos EUA e uma ou outra de cabo. Esta é a concepção do Universal Channel. Com as cotas a gente se viu diante da obrigação de exibir e a gente tomou uma decisão que foi bastante discutida, que era tentar encontrar projetos que tivessem relevância social, né... Estes projetos, quando você fala em relevância, eles podem ter dois caminhos. Eles podem ser noisy pelo tema e aí muitos canais fazem, por exemplo séries que tem um peso de violência muito grande, que tem um

componente de sexo muito grande na tentativa de buscar este conceito de noisy e a gente tomou uma... a gente assumiu duas diretrizes: uma primeira diretriz é: vamos buscar projetos que tenha relevância social, vamos tentar fazer deste esforço uma contribuição que vai além do entretenimento, essa foi uma decisão e a segunda decisão foi: vamos buscar diversidade de gêneros, comédia, uma série de drama médico (como é o caso de Unidade Básica), uma série policial.³⁷

Ele também caracteriza a chegada da série “Unidade Básica” no canal:

O “Unidade Básica” apareceu para gente com alguns componentes que foram muito atraentes. Primeiro, ele entra em uma tradição de drama médico, que a gente tem com House (Universal Channel exibiu House desde o começo) e de alguma forma os nossos assinantes ou nossa história ou nosso corpo de programação absorve bem um drama médico. Então, este foi o primeiro componente. O segundo componente era um componente, ainda falando especificamente de TV, um componente, um formato mais procedural, do episódio que se resolve em si mesmo, uma história completa pra cada episódio, que é um desafio em uma série de 30 minutos. Toda equipe de produção e criação resolveu isto muito bem, mas tem este componente procedural que é um fator importante para gente. E a questão da relevância social, de trazer para discussão uma série de questões sobre saúde pública, que são abordadas, mas que talvez não tenham uma visibilidade, não sejam entendidas na dimensão que isto poderia ter. E esta é uma contribuição que a gente pode fazer no Universal Channel, como canal básico que chega a 17 milhões de assinantes. É um canal que está entre os 10 mais assistidos... então tem uma possibilidade de impacto grande quando a gente traz estas discussões ...³⁸

Ao entrar no processo de construção dos roteiros, os representantes do canal *Universal Channel*, fizeram um conjunto de orientações, em especial relacionadas à estrutura dos roteiros, que solicitaram ser mais esquemática.

³⁷ Entrevista com Paulo Barata (Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2018)

³⁸ Idem

Para o canal, a estrutura procedural precisaria ficar mais evidente no formato. A apresentação do problema e o resumo da situação deveriam acontecer nos primeiros minutos do episódio (“o caso médico é o *lead*”), assim como a apresentação do ambiente e dos personagens precisariam estar inseridas de forma mais esquemática. Também solicitaram o posicionamento dos *breaks* e o *gancho* entre os blocos (parada para entrada da propaganda comercial que leve o espectador a continuar assistindo a série, que gere curiosidade), e também, com objetivo de uma maior esquematização, que as cenas nas casas dos pacientes sempre ocorressem com a presença da equipe da UBS (cortar cenas que apareciam apenas a vida dos pacientes). Outra orientação foi de que o conflito de Laura e Paulo ganhasse maior centralidade e que se cortasse alguns personagens secundários (a enfermeira Bárbara, por exemplo). Por fim, consideraram alguns casos, como “falsos casos”, como por exemplo, o da mãe que simulava o sangramento na filha ou o da senhora que não tomava a medicação para diabetes, sugerindo que estes poderiam ser mantidos, mas que a série iniciasse com casos médicos “mais objetivos”.

Com relação aos formatos procedurais, Paulo Barata argumenta:

O procedural é muito curioso isto... Ele tem uma importância imensa na indústria, uma rentabilidade, as séries que duram mais, que tem mais longevidade são séries procedurais. A gente tem o “Law and Order” com 19 anos de produção, durou 22 temporadas. É difícil hoje você ter séries que duram assim e o procedural ele é injustamente visto como um produto de menos charme, porque dificilmente os procedurais serão um fenômeno como as séries sequencializadas, como “Games of Thrones”, “House of cards”, ou “Breaking Bad”. São mais fenômenos, mas duram menos e em geral estão associadas a um volume de produção menor. Eu lembro

sempre do (...) roteirista americano que escreveu “Law and Order” e “The Good wife” ele é o script doctor dos nossos projetos... E ele no Rio Content falou para uma plateia de roteiristas, ele disse duas coisas... Se agrupem, se organizem, formem sindicatos, e a outra coisa que ele disse foi: prestem atenção nos procedurais: because that’s where the money is. É onde a indústria tem dinheiro, tem relevância, tem trabalho é possível montar franquias que duram muito tempo...³⁹

As principais recomendações do canal foram incorporadas pela equipe de roteiristas, embora de minha parte, mantive a defesa da manutenção da personagem Bárbara, devido a importância de uma maior participação da equipe de saúde na trama, e ainda busquei argumentar que os chamados “falsos casos”, na verdade, constituíam a essência daquilo que a série buscava abordar, uma abordagem não apenas biologicista dos processos em saúde.

A equipe acabou por definir a sequência dos primeiros episódios apenas no processo de edição, mas manteve o corte da personagem Bárbara. Desta forma, sem a personagem Barbara, a personagem Beth que era inicialmente pedagoga e obcecada por números, irá se transformar na enfermeira Beth, gerente da UBS, mas com características bastante distintas. Beth será bastante afetuosa com os pacientes e com toda equipe. Ela tem um certo embate com a equipe de médicos, pois tem uma preocupação em atender um maior número de pessoas, sugerindo atividades coletivas.

1.2. Pré-produção, filmagem e edição dos episódios

³⁹ Idem

1.2.1. O trabalho em equipe e a pesquisa para construção de uma linguagem estética

Embora, o processo de construção e ajustes no roteiro, de uma forma dinâmica, tenha se estendido até as filmagens dos episódios, com as primeiras versões dos roteiros concluídas, no final de 2014, a produtora contratou uma equipe de profissionais para iniciar a pré-produção dos episódios. Esta equipe foi formada por dezenas de profissionais, com funções diversas, altamente especializadas e hierarquizadas. A equipe foi composta por responsáveis pela produção executiva, direção, produção, elenco, fotografia, elétrica, maquinaria, arte, produção de objetos, figurino, maquiagem, still e som. Estes profissionais se reuniam periodicamente para traçar um planejamento e uma linguagem comum para a série e a partir daí cada equipe era responsável por suas funções específicas.

Resumidamente, as equipes tinham como responsabilidade: a produção executiva pela parte de contratos e execução financeira; a direção, em articulação com as diferentes áreas, de construção de uma linguagem estética comum e preparação para as filmagens; a produção, também em articulação com as diferentes áreas, de funcionamento operacional das equipes e também da organização do local das filmagens (denominada *platô*); a produção de elenco pelos testes para escolha do elenco e preparação dos atores; a direção de

fotografia pela operacionalização das câmeras, escolhas dos planos e luz durante as filmagens, trabalhando muito próxima à elétrica e maquinaria; a direção de arte pela escolha visual e estética do cenários, em conjunto com produção de objetos, figurino e maquiagem; still por registrar os bastidores das filmagens, e por fim, a equipe de som pela captação dos áudios durante as filmagens.

A produtora definiu buscar uma locação para construção dos cenários e para as filmagens que não fosse uma UBS real, devido a dificuldades em se operacionalizar os conceitos artísticos e estéticos da série e a necessidade de um maior espaço para movimentação das câmeras. A produção de locação encontrou um prédio no bairro da Freguesia do Ó, em São Paulo, que havia sido uma fábrica de produtos químicos, mas que estava abandonada no momento, como pode ser visto nas fotos 1, 2 e 3 (ANEXO III).

A equipe de arte, juntamente com a de produção de objetos, após processo de pesquisa em UBS reais na cidade de São Paulo, constituiu um portfólio com inúmeras referências de modelos de plantas de UBS, fotos de interiores, de consultórios, copas, sala de espera, farmácia, sala de procedimentos, modelos de prontuários, mobiliário, crachás, cartazes, mapa de abrangência da UBS, genogramas, entre outros. Este portfólio serviu como referência para posterior construção da estrutura da UBS e aquisição e/ou confecção de objetos. As

locações para cenas das casas dos pacientes foram locações em casas reais, com pequenas modificações para uma melhor uniformidade estética.

A diretora Caroline Fioratti descreve algumas das questões presentes nas escolhas do ambiente e construção dos cenários, junto à direção de arte:

Tudo tem que ser pensado junto... Quando a gente estava conversando com o Fabinho (diretor de arte), como vai ser esta UBS? Vamos colocar bastante janela? Porque as janelas vão dar a sensação que a gente está olhando para aquelas salas, sem necessariamente estar dentro daquelas salas... Vai dar também uma amplitude pro lugar, uma amplitude e uma unificada, como se aquele lugar não fossem cubículos, coisas independentes, estão juntos... As coisas estão juntas, acontecendo... Aí, você constrói esta relação... do espaço... Tudo pensando na premissa... O que é uma UBS e o que é saúde da família? Como isto se materializa no espaço? Poderiam ser espaços isolados, mas para gente não é legal, porque a gente está isolando as histórias... A gente quer que as coisas estejam conectadas... Que as pessoas todas estejam conectadas... Porque isto faz parte de uma UBS... Você conectar pessoas... Você estar em conexão com a comunidade... Então, vamos criar esta sensação das coisas abertas... Então, a gente tem vários espaços abertos, que se conectam, fazendo com que pessoas se conectem, que a comunidade se conecte, e mesmo a salas... Não vamos fechar as salas... Vamos colocar janelas grandes... Mas isto não é real... Porque tanta janela em uma sala? Foda-se que não é real... Mas, a sensação que vai passar vai fortalecer mais a ideia do que a gente quer do que necessariamente reproduzir uma realidade... Porque se a gente reproduzir uma realidade, vai ser uma sala fechada, sem janela e isto diz menos sobre a conexão da comunidade do que uma sala com várias janelas... Então, são pequenas escolhas que sempre levam para premissa... Não tem a ver com ser mais realista... Tem a ver com a sensação que você vai passar pro público, que é a sensação que você quer... de comunidade (...). Às vezes o realismo ele atrapalha

*porque ele cria outras sensações que não é a que está ligada a sua premissa, ao seu discurso... acho que era um pouco este jogo.*⁴⁰

Outra questão abordada por Caroline Fioratti diz respeito a uma uniformidade estética:

*A gente tinha uma paleta de cor que gente definiu, para roupa, cenário, tudo... cor das paredes, não queria certas cores, cores muito fortes no figurino, cenário... Negamos várias locações por causa da cor... o que fica para o espectador é uma imagem, uma cor... “Unidade Básica” tem esta cor (...) Porque senão você fica sem uma impressão digital... Sem uma identidade... Quando você pensa na “Unidade Básica”... Hoje, eu fecho os olhos e sei a cor dela. Isso é bom, significa que tem uma identidade...*⁴¹

A direção de arte, após todas estas conversas e considerações, apresentou um modelo de planta de UBS, a ser construída na locação do prédio encontrado na Freguesia do Ó, conforme desenho abaixo:

⁴⁰ Entrevista com Caroline Fioratti (São Paulo, 29 de janeiro de 2018)

⁴¹ *Idem*

De minha parte, considerei o projeto muito interessante, próximo da realidade e com a incorporação de elementos que favoreciam uma melhor linguagem visual, tendo feito à época apenas algumas observações. Uma primeira observação dizia respeito ao local denominado na planta de “Acolhimento”. Como no roteiro aparecia esta referência e no processo de pesquisa a produção de arte havia encontrado poucos modelos deste espaço em UBS reais, ele foi desenhado como um espaço com várias macas, muito parecido com um local para receber pacientes mais graves. Argumentei que a ideia deste espaço seria de um

ambiente para receber os pacientes, graves ou não, e acolhê-los em suas demandas, com privacidade, sendo insuficiente apenas macas neste local. A solução encontrada foi colocar algumas poltronas e uma mesa e cadeira no ambiente, embora ainda tenha permanecido um ambiente sem privacidade, o que gerou posteriormente, durante as gravações das cenas, problemas decorrentes desta opção. Também constatei o fato de que não havia consultório para outros profissionais de saúde, apenas consultórios médicos. A argumentação da equipe de arte veio no sentido de que a personagem enfermeira Beth, sendo a gerente da UBS, não tinha cenas de atendimento aos pacientes em consultório próprio, nem tampouco os outros profissionais de saúde, ou seja, de que a planta estava apenas refletindo a conformação final do roteiro.

A partir desta planta, a direção de arte, desenhou os ambientes, conforme figuras 1, 2, 3 e 4 (ANEXO III). Neste momento, a equipe me solicitou um nome para a UBS, que deveria estar na fachada e nos materiais impressos para uso nas cenas. Sugeri o nome de Cecília Donnangelo, por se tratar de uma mulher, sanitarista, referência importante para o campo da Saúde Coletiva brasileira, que foi prontamente aceito por todos.

Nas locações das casas dos pacientes foram realizadas pequenas intervenções, sendo que em alguns casos, buscou-se uma referência estética em diálogo com outros artistas, como é o caso da casa e figurinos do paciente Joel e sua família

(episódio sobre saúde mental), que teve como uma das referências o artista Artur Bispo do Rosário (fotos 4, 5, 6 e 7 no ANEXO III).

Os atores foram escolhidos após realização de testes pela equipe de produção de elenco e passaram por um processo de preparação, semanas antes das filmagens. Pude participar de alguns destes momentos, buscando transmitir os principais conceitos da série e ajudar com alguns procedimentos mais técnicos (como ausculta cardíaca, pulmonar, palpação de abdome, etc), bem como na utilização de frases e palavras presentes no linguajar dos profissionais de saúde. Antes das filmagens, os atores do núcleo principal (Caco Ciocler, Ana Petta, Bianca Muller, Vinícius de Oliveira e Carlota Joaquina) e roteiristas visitaram a UBS em que trabalhava o médico Victor Valois, que havia participado da equipe, para compreenderem melhor o processo de trabalho *in loco*.

1.2.2. Filmagem, rotinas de produção e edição dos episódios

As filmagens dos 8 episódios ocorreram nos meses de maio e junho de 2015, em aproximadamente 6 semanas (de 12/05/2015 à 14/06/2015). As cenas não foram filmadas em ordem cronológica dos roteiros, sendo privilegiadas a filmagem de sequências de cenas em um mesmo ambiente, conforme ANEXO III.

As escolhas relacionadas ao processo de filmagem são discutidas pela diretora

Caroline Fioratti:

O que eu e o Carlão (outro diretor da série) quisemos fazer foi uma premissa da série, que vem do conceito da série, que era focar na pessoa, focar naquele ser humano que está ou na mesa como médico ou na cadeira como paciente, né... Mesmo na linguagem ... Como você aponta sua câmera... Como você vai decupar... Por exemplo, se você vê algumas séries... O foco na situação de urgência você tem uma determinada linguagem... Você tem uma determinada escolha de câmera, de movimento de câmera, de enquadramento... Enquanto que se você está focando nos personagens você tem outros tipos de escolhas... Então a gente escolheu olhar para o ser humano... Isto faz com que a gente tenha uma certa escolha de decupagem, de ritmo, e isto vem da premissa da série... Onde eu vou focar, onde eu vou desfocar... Como vou enquadrar esta cena... pra dar o foco para este personagem... que não é simplesmente vou enquadrar ele e fazer um close, não... Eu quero enquadrar o drama dele dentro desta situação... Como vou fazer isto? Ele está se sentindo sozinho? Como enquadrar ele para no quadro parecer que ele está se sentindo sozinho? É sempre potencializar a emoção, a sensação daquele personagem em uma linguagem visual ... Então, vamos partir da premissa da série e o que eu, o que a saúde familiar parte... Parte desta pessoa, deste ser humano... Então vamos criar uma linguagem para isto...⁴²

A diretora também comenta sobre os referenciais escolhidos:

As séries americanas não foram referências... São várias referências... Aquela referência de movimento de câmera... e que nada liga em termos temáticos... Por exemplo, vou falar uma loucura pra você... uma referência para sala de reunião era o “Cães de aluguel” do Tarantino. Porquê? Porque a gente falou: vamos fazer um traveling circular, enquanto as pessoas estão conversando que a gente cria uma certa confusão organizada entre aqueles discursos... Como nos “Cães de aluguel”... Eram pequenas cenas... Claro era outra estética... Mas, aquele movimento... Pensei em coisas diferentes para situações... Demerval na favelinha...

⁴² Entrevista com Caroline Fioratti (São Paulo, 29 de janeiro de 2018)

*Vamos fazer um Glauber Rocha agora... Claro, muito pretensioso, mas é isso.. Câmera na mão e vamos com ele no lixão, pegar este céu, voando e vamos lá para o “Terra em Transe”, sei lá.... Mas, era uma coisa de situação em situação... Mas, claro que tinha a coisa que unificava... Tinha um tom de interpretação que unificava, que era um tom realista.*⁴³

E ainda sobre escolhas junto à direção de fotografia:

*Eu conversava com o Alemão (diretor de fotografia), vamos utilizar flare... o flare entrando na câmera... que é aquela luz que vem em determinado momento que dá... ela dá uma certa esperança, uma sensação de esperança... em determinados momentos que a gente precisa... então determinados momentos que seja muito denso, vamos trazer um pouco deste flare... que ao mesmo tempo quando a pessoa está falando uma coisa pesada, que para ela, ela está tendo um insight falando aquilo... então vamos reforçar isto na luz que chega... porque a sensação do público é esta... Esta pessoa está chegando a alguma conclusão... usava em vários momentos... Por exemplo, quando a Bianca (Samara) fala pra Laura, ela conta o medo de pegar HIV e elas estão viradas para janela, aquela luz que bate, pequeno avermelhado... A gente mostra que isto está levando a uma revelação... Quando o Cauê fala do problema de alcoolismo... Vêm uma luz quente... Está chegando em uma revelação... As pessoas percebem que está bonito, mas elas não entendem o que aquela luz está provocando... Este é o nosso trabalho de compreender a dramaturgia, e através dos elementos técnicos e estéticos, reforçar uma sensação pro público, pra reforçar a dramaturgia...*⁴⁴

Com relação à rotina das filmagens, o ritmo das gravações foi intenso, com as filmagens sendo realizadas das 6h30 da manhã até aproximadamente 18h30, momento em que não havia mais luz natural. As cenas eram gravadas

⁴³ *Idem*

⁴⁴ *Idem*

sequencialmente, em ritmo “industrial”, sem tempo para grandes mudanças ou ajustes.

O produtor Caio Gullane comenta a relação direta entre o orçamento da série e o ritmo das filmagens:

(...) a gente fez uma série com o orçamento limitado, todas as séries têm limite, mas com o orçamento pequeno, vamos chamar assim, foi onde a gente mais teve que rebolar pra trazer uma linguagem atraente de entretenimento. (...) onde mais influência? É na qualidade... não na qualidade, mas na maneira dos profissionais que você contrata, o cenário das cenas externas... (...) Desde os profissionais que você contrata ate quanto dinheiro você vai ter para construir aquele cenário, quanto dinheiro você vai ter para filmar, quanto tempo de filmagem você vai ter, o mais caro no audiovisual é o tempo de filmagem. Nós filmamos “Unidade Básica” 1, cada episódio em três dias. Então, nós tínhamos 10, 11 horas por dia, nós tínhamos 30 horas para fazer um episódio. 30 horas de filmagem para fazer um episódio, é muito pouco.(...) Então, existe uma métrica até, que e o número de paginas de roteiro que você filma por dia, então a média boa é seis. Nossos roteiros tinham 27, 28 páginas, a gente filmou quase que 10 páginas por dia. Então tinha que filmar... (...) O cenário, as câmeras, a qualidade das câmeras, quantidade de câmeras, a quantidade de não sei o que, de efeitos especiais, tudo isso, o tempo a mais que você pode ter pra montagem, o tempo pra efeito, a música fodona que você compra para pôr numa série que você tem dinheiro, aquilo vai te deixar tudo mais atraente do ponto de vista do entretenimento. E um link muito importante, que eu acho que nós acertamos na “Unidade Básica” que é você criar uma série dentro do dinheiro que você tem.⁴⁵

⁴⁵ Entrevista com Caio Gullane (São Paulo, 16 de janeiro de 2018)

De minha parte, estive presente no set de filmagem, contribuindo com os atores nos procedimentos mais técnicos e ainda buscando opinar nos momentos em que considerei importante ajustes para uma abordagem mais realista, embora o tempo para mudanças, como já dito, fosse extremamente limitado. Consegui algumas mudanças, como por exemplo, na cena em que é mostrada uma reunião do Conselho de Saúde local, a equipe de arte havia organizado as cadeiras em forma de sala de aula, que foi mudado para uma forma circular, após argumentar que esta seria a forma mais participativa e próxima do real. Outro ajuste, realizado neste mesmo episódio, foi a inclusão de uma fala do personagem Malaquias sobre a falta de saneamento básico na comunidade. Neste episódio, os moradores lutavam pela construção de uma ponte, após alagamentos e surto de leptospirose. Ao visitar a locação em que seriam filmadas as cenas externas, constatei que se tratava de um local sem saneamento básico, elemento que não conhecíamos na construção dos roteiros. Incluímos então uma fala de Malaquias: “E a gente que estava lutando por saneamento básico, agora não temos nem mais a ponte”.

Também opinei sobre alguns objetos cênicos que considerei inapropriados, como a presença de radiografias em negatoscópio sem nenhuma função na cena, apenas como elemento para trazer as imagens médicas como elemento decorativo e ainda em algumas cenas que claramente era desrespeitado o sigilo dos casos médicos pelos profissionais de saúde. Devido ao ritmo intenso das gravações, em alguns casos houve mudanças após minhas observações, e em outros não. Em geral as mudanças eram aceitas quando não representavam

mudanças significativas nos cenários e/ou no roteiro, que não significassem demora no tempo da gravação.

Com o fim das gravações, iniciou-se o processo de edição dos episódios, entre o fim de 2015 e início de 2016, sendo realizado pelo montador e diretores. Este processo consistiu em organizar as cenas na sequência correta dos episódios, realizar cortes e/ou mudanças em sequência de cenas e a inserção de imagens extras entre cenas, como cenas da comunidade, cenas de trabalhadores realizando suas funções na UBS, etc.

A diretora Caroline Fioratti comenta o processo de edição:

*Este é o papel do diretor, que está desde o início, com um olhar no roteiro, fica até o final... Como eu vou estar até o final eu posso deixar uma fala grande porque é importante, mas posso cortar lá no final... Então no set eu posso fazer planos suficiente para cortar na montagem... Então temos que ter esta visão de... É importante, não sabemos se esta explicação será dada, vamos deixar aqui, mas na filmagem faço opções de corte para na montagem poder lidar com isso, só depois de você ver pronto, tudo junto na boca dos personagens com as ações que você vai entender o que pode tirar e o que pode ficar... Então acho que é um pensamento que temos que ter do início ao fim.. Só os diretores... É legal também ter novos olhares na montagem... Porque a gente vem viciado... Vem viciado emocionalmente, vem viciado de apegos e de repente você tem um montador que é parceiro que fala não isso não precisa... E é um montador que não está viciado no discurso, se eu tirar aqui eu entendo a mesma coisa...*⁴⁶

⁴⁶ Entrevista com Caroline Fioratti (São Paulo, 29 de janeiro de 2018)

Durante o processo de edição, a produtora e o canal de TV definiram por modificar a sequência dos episódios, iniciando com o episódio sobre a paciente Dona Wilma, diabética que abandona o tratamento devido a um quadro depressivo, ao invés do episódio sobre a menina Sofia, que a mãe simula um sangramento. Isto se deveu ao fato de que este episódio foi considerado de difícil entendimento para o público, por se tratar de uma doença não convencional.

O final da série também foi modificado, ficando em suspenso o motivo da Laura ter ido procurar Paulo na última cena. Havia um final gravado em que Laura procurava Paulo para lhe dar a notícia de que este estava com câncer de pâncreas. Este final havia sido criado durante o processo de filmagem, com objetivo de se criar um “gancho” mais forte para a segunda temporada da série, porém, no processo de edição, foi considerado por todos com um conteúdo melodramático fora do tom em que a série estava construída.

Algumas falas ainda foram cortadas, como no episódio do pastor, em que ele dizia para Juliano que ele havia sido infectado de novo pelo HIV. Apesar deste ser o sentido da cena, considerou-se que esta falsa informação poderia gerar dúvidas nos telespectadores, sendo cortada especificamente o momento em que o pastor passava esta informação.

O canal também definiu, junto à produtora, nomear os episódios com os nomes dos pacientes principais (Dona Wilma, Juliano, Sofia, Eraldo, Iná, Ezequiel, Joel e Paulo), seguindo as premissas da série (cujo foco eram os sujeitos) e para uma melhor uniformização dos episódios.

Por fim, foi construída a vinheta de abertura e foram escolhidas as músicas para os episódios. A vinheta construída mostrava imagens médicas em meio às cenas de uma metrópole, buscando traduzir o diálogo entre a técnica médica e um conceito mais ampliado sobre saúde que a série trazia. As músicas escolhidas buscaram trazer uma brasilidade, e em muitos casos buscou-se privilegiar vozes femininas.

1.3. Material final e Divulgação

1.3.1. Divulgação e repercussão na mídia

Após os episódios estarem finalizados e o canal de TV confirmar data para estreia do programa, iniciou-se o processo de divulgação da série, tanto por propagandas/vinhetas criadas pelo canal, que eram apresentadas no próprio canal e em mídias sociais, quanto por repercussão na mídia em geral.

O canal propôs um slogan principal a ser trabalhado nas mídias: “Dois médicos. Dois pontos de vista. Uma Missão. Salvar vidas.” Após conversas com a

produtora, apontamos que a última frase não dialogava com o conceito principal da série, que abordava sobretudo o cuidado em saúde. Desta forma, o slogan foi alterado para: “Dois médicos. Dois pontos de vista. Uma missão.” Outras 2 frases trabalhadas pelo canal foram: “Para o experiente Dr Paulo não basta conhecer os sintomas, é preciso conhecer as pessoas” e “Para encontrar respostas, eles precisam ir além da razão de suas próprias crenças e voltar ao básico.”

O canal também criou entre os episódios chamadas em que o foco estava na explicação didática sobre a doença (diabetes, HIV, leptospirose, etc), com uma abordagem focada na fisiologia e nos sintomas. Não tive acesso a este material antes de sua exibição. Paulo Barata, CEO do canal Universal Channel explica a estratégia:

*Era o raciocínio da área de promoções que enxerga o que pode ser informado, mas dentro da diretriz de que a gente tem uma responsabilidade didática neste processo... a gente abordou em dois caminhos, mais da didática da doença, que despertava curiosidade e outro era um caminho dos personagens... e da diferença de abordagem entre os 2 médicos...*⁴⁷

Quanto à mídia em geral, antes da estreia, o canal e a produtora, com a presença do elenco e criadores organizaram uma coletiva com a imprensa para apresentar

⁴⁷ Entrevista com Paulo Barata (Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2018)

os principais conceitos e personagens da série. Abaixo, algumas das principais manchetes que abordaram a estreia da série no período:

➤ **Aguardada por médicos, série de TV retrata unidade de saúde de SP**

(Folha de São Paulo – 21/08/2016) Disponível em

<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/08/1805044-aguardada-por-medicos-serie-de-tv-retrata-unidade-de-saude-de-sp.shtml?cmpid=compfb> visto em 19/04/2018

➤ **Série Unidade Básica resgata médico focado no paciente, diz Caco Ciocler.**

(Folha de São Paulo – 21/08/2016) Disponível em

<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/08/1805043-seire-unidade-basica-resgata-medico-focado-no-paciente-diz-caco-ciocler.shtml?cmpid=compfb> visto em 19/04/2018

➤ **Unidade Básica quebra o protocolo das séries médicas** (Estadão –

02/09/2016) Disponível em [http://cultura.estadao.com.br/blogs/tv-em-serie/unidade-basica-](http://cultura.estadao.com.br/blogs/tv-em-serie/unidade-basica-quebra-o-protocolo-das-series-medicas/)

[quebra-o-protocolo-das-series-medicas/](http://cultura.estadao.com.br/blogs/tv-em-serie/unidade-basica-quebra-o-protocolo-das-series-medicas/) visto em 19/04/2018

➤ **Estreia série inspirada em casos reais da saúde pública** (Revista

Bravo! 10/09/2016) Disponível em [https://medium.com/revista-bravo/estreia-série-](https://medium.com/revista-bravo/estreia-série-inspirada-em-casos-reais-da-saúde-pública-f5dc94eba9b0)

[inspirada-em-casos-reais-da-saúde-pública-f5dc94eba9b0](https://medium.com/revista-bravo/estreia-série-inspirada-em-casos-reais-da-saúde-pública-f5dc94eba9b0) visto em 19/04/2018

➤ **Unidade Básica brasileira ‘séries de médico’ e reanima gênero**

exaurido (Folha de São Paulo - 11/09/2016) Disponível em

<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/lucianacoelho/2016/09/1811877-unidade-basica-abrasileira-series-de-medico-e-reaviva-genero-exaurido.shtml> visto em 19/04/2018

➤ **Série mostra as relações entre médicos e pacientes na periferia de**

SP (O Globo – 11/09/2016) Disponível em [https://oglobo.globo.com/cultura/revista-da-](https://oglobo.globo.com/cultura/revista-da-tv/serie-mostra-as-relacoes-entre-medicos-pacientes-na-periferia-de-sp-)

[tv/serie-mostra-as-relacoes-entre-medicos-pacientes-na-periferia-de-sp-](https://oglobo.globo.com/cultura/revista-da-tv/serie-mostra-as-relacoes-entre-medicos-pacientes-na-periferia-de-sp-)

[20086769?utm_source=Facebook&utm_medium=Social&utm_campaign=compartilhar](https://www.facebook.com/estadao.br/?utm_source=Facebook&utm_medium=Social&utm_campaign=compartilhar) visto em 19/04/2018

- **Séries médicas ajudam a formar péssimos profissionais (Estadão – 11/09/2016)** http://emails.estadao.com.br/noticias/tv_series-medicas-ajudam-a-formar-pessimos-profissionais-diz-caco-ciocler,10000075390
- **Série humaniza a relação médico-paciente na periferia de SP (El País – 24/09/2016)** Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2016/09/21/cultura/1474473092_948526.html?id_externo_rsoc=FB_CC visto em 19/04/2018

Figura 1 – Matérias sobre a série “Unidade Básica”

Fonte: Arquivo pessoal

De maneira geral, as matérias vinculadas pela mídia abordavam os dois personagens principais e seus diferentes modos de abordar as questões de saúde, considerando o médico Dr Paulo, um médico humanista. Também abordavam a diferença entre a série “Unidade Básica” e as outras séries médicas, em geral focadas em doenças raras e no ambiente hospitalar.

Com relação às mídias sociais, o canal construiu uma estratégia de criar uma hashtag (#Unidade Básica) e divulgar alguns dos comentários postados durante a exibição dos episódios, na tela da TV. Esta estratégia fez com que a série ficasse na sexta posição entre os *Top Trends* do *Twiter Brasil*, ficando atrás apenas de programas da TV aberta. Também foram realizadas interações ao vivo (*lives*) entre o público e os atores principais da série, pós exibição dos episódios. Segundo Paulo Barata:

Os resultados de rede social também foram super positivos. É muito curioso isto porque a gente teve com uma série brasileira uma repercussão em rede social maior do que em geral nos temos com as séries internacionais... E eu atribuo isso à relevância do conteúdo, ao acerto da produção, aí entra carisma do elenco e todo este componente... O público da saúde foi mais visível e a gente tem muitos comentários nesta direção... Eu lembro de médicos e enfermeiros comentando e comentando sobre a precisão, a acuracidade do retrato que a série traz desta realidade, de que era “assim mesmo que acontecia” e muitos elogios ao trabalho de pesquisa da série pra montar... Eu lembro também de comentários apontando o acerto na escolha das doenças, eu lembro de um comentário sobre esquizofrenia, de que uma pessoa nunca tinha visto a esquizofrenia ser tratada como uma questão de saúde pública.⁴⁸

⁴⁸ Entrevista com Paulo Barata (Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2018)

Em outros canais da internet (sites, outras redes sociais) a série também gerou muitos comentários. Seria necessário um estudo mais sistemático sobre o conteúdo e origem dos comentários, mas nitidamente existiu uma intensa participação de profissionais de saúde, ora elogiando os temas e a abordagem proposta pela série, ora criticando o fato de que a série era centrada apenas nos profissionais médicos. Em especial, tivemos uma grande participação de enfermeiras/os, criticando o fato da enfermagem aparecer apenas em uma função gerencial, sendo que na realidade das UBS, estes profissionais têm centralidade no cuidado em saúde. Este movimento acabou por gerar uma repercussão dentro do canal de TV, que propôs a inserção de chamadas entre os episódios que focassem mais a enfermeira Beth e suas atribuições.

1.3.2 Resultados e impactos iniciais

Embora, não seja objeto deste estudo, sendo necessários outros métodos mais qualificados para uma melhor avaliação de resultados e impactos da série, buscamos mapear entre os entrevistados algumas de suas impressões sobre os resultados do projeto e solicitamos ao canal os números relativos à audiência alcançada pela série “Unidade Básica”.

De maneira geral, todos entrevistados consideraram o projeto como muito bem-sucedido. Paulo Barata, CEO do canal *Universal Channel*, faz sua avaliação:

*Para mim sucesso tem dois componentes fundamentais: um primeiro é nossa capacidade de julgamento e o julgamento do conteúdo ele é um acerto em várias direções. Ele é um acerto artístico, elenco, roteiro, montagem, direção de atores, solidez da pesquisa... em todos elementos de TV ele é um e acerto, e isso é uma avaliação subjetiva... A segunda é resultado: o resultado de audiência foi bom e o resultado de repercussão em redes sociais, que é uma medida muito rica, porque a gente vê os comentários, vê o tipo de engajamento, para gente foi excelente... A gente fez 2 ou 3 lives com elenco pós exibição e foi excelente, quanto em termos de volume quanto na qualidade, no engajamento do público...*⁴⁹

Newton Cannito comenta critérios de sucesso para uma série televisionada em TV paga:

*(...) eu não sei os detalhes dos números, mas que foi melhor que a média deles, isso é uma coisa e outra que essa coisa dos fãs, eles sabem disso, eles têm medição, eles sabem que existe isso, que é importante para o canal e eles percebem isso pelo índice de interação em redes sociais, então a gente foi em vários episódios, top five do Twitter, e existia comentários, etc., muito pelos fãs e muitos dos fãs são da própria área médica. Mas isso, realmente, é significativo na televisão, não é um... “É pouca gente, tal”, não é questão de pouca gente, se tinha 100 mil, não sei quantos são, eu nunca medi, mas esse índice de fãs e de engajamento dos fãs no conteúdo é uma coisa que todo canal quer.*⁵⁰

Para Fabiano Gullane, produtor:

O que a gente tem que comparar é assim, galinha com galinha; porco com porco; vaca com vaca, né, não dá pra comparar a galinha com a vaca porque vai ser uma confusão. Então assim, primeiro, TV a cabo, né; segundo, TV a cabo do nosso pacote ali, acho que é o basic o nosso, né? Aí, conteúdo brasileiro, séries brasileiras, né? Então, nesse lugar aqui de cabo, séries brasileiras, a gente é tipo segundo, terceiro lugar! Então é

⁴⁹ *Idem*

⁵⁰ Entrevista com Newton Cannito (São Paulo, 15 de janeiro de 2018)

muito importante isso, é muito grande. Isso aqui é galinha com galinha. Quando você põe lá o Game of Thrones, não sei que... a gente deve ir para 142, entendeu? (...) Tem lá o top ten de programas, o top ten de TV, etc. e tal, mas é o máximo que eles dão. Acho que a gente pode até chegar, mas não sei, acho que a “Unidade Básica”, ele foi de resultado de IBOPE, sei lá, de IBOPE, de sucesso de exibição, tenho certeza que ele foi grande, foi importante, foi bem importante, foi um dos destaques do conteúdo brasileiro do ano, repercutiu enormemente no mercado, uma série com talentos importantes, bem realizada, com preço competitivo do mercado, etc. e tal, original, com qualidade... repercutiu muito, outros canais, todo mundo veio falar, falavam e tal, porque a série fez barulho e ela foi... lembra? Ela foi top um, top dois de repercussão digital, ali naquela semana de lançamento e tal. Então, eu acho que a gente construiu dentro de um projeto de R\$ 3.400 mil a melhor entrega em termos artísticos, técnicos e tal, da obra em si e a melhor campanha que se podia fazer. E dentro dessa referência, de novo, não dá para querer comprar o que custa 100 mil com mil, né, então dentro desse universo, eu acho que a série foi um puta sucesso. Um sucesso... o gosto da série na Gullane, no mercado é muito bom.⁵¹

Caroline Fioratti, diretora, guarda opinião semelhante:

A gente tem que medir sucesso por onde ele estava, o tamanho dela, o canal dela, então eu considero sucesso porque muita gente assistiu. O próprio canal nos passou a informação que superou as expectativas deles, em termos de público para aquele horário, aquele dia, então isso é ótimo. Muita gente, todo mundo que eu converso que é da Medicina viu.... Até meu pediatra de infância... (...) ele disse: e eu dou em aula! Isso é muito bom. Isto é um super medidor de sucesso, eu acho.⁵²

Com relação à audiência, não tivemos acesso a números absolutos. O canal de

⁵¹ Entrevista com Fabiano Gullane (São Paulo, 30 de janeiro de 2018)

⁵² Entrevista com Caroline Fioratti (São Paulo, 29 de janeiro de 2018)

TV apenas nos forneceu um quadro e um gráfico (abaixo) que mostra números de audiência comparativamente à programação do mesmo horário e de todo horário nobre, em relação a TV paga como um todo e em relação à *target* 18-49 anos. O canal avalia estes números da estreia da série como “bastante positivos”. Este primeiro quadro nos mostra comparativamente a audiência dos episódios 1 e 2, primeiro conjuntamente e depois separadamente, e o ranking na TV paga, em relação ao restante da TV paga e em relação a *target* 18-49. A série alcançou os 10 programas mais visto na *target* 18-49 e ficou em 18º lugar entre todos os programas da TV paga. Também em relação à média do *slot* e à média do horário nobre, houve um ganho de audiência de 14% e 6%, respectivamente, na *target* 18-49. (Figura 2)

Figura 2: Síntese dos resultados de audiência série médica “Unidade Básica”

Fonte: Arquivo *Universal Channel Brasil*

A figura 3 nos mostra um ganho de performance do primeiro para o segundo episódio, e uma média de audiência de todos episódios, que coloca a série em 24º posição no ranking da TV paga. Comparativamente com a média do horário nobre e a média do *slot* houve perda de 45 % e 26%, porém por se tratar de programação estrangeira não são números que devem ser valorizados, segundo o canal.

Figura 3: Média de audiência por episódio

Fonte: Arquivo *Universal Channel Brasil*

Como forma de sondagem sobre possíveis impactos da série, os entrevistados comentaram sobre como a participação no projeto transformou sua visão sobre o tema da saúde. Para Caroline Fioratti, diretora, a série revelou um universo desconhecido da saúde:

a gente fica muito no nosso mundo classe média, convênio de saúde, e a gente olha pra saúde pública, pelo menos eu olhava, através de notícias, através, com distanciamento neste sentido, e de repente quando você... eu nem conhecia unidade básica, sabia que existia, mas não sabia como

*o trabalho era feito... E aí indo nas UBS, conversando com os profissionais e compreendendo como funciona... Você fala: isto é incrível... Se tivesse mais investimento, pra trazer mais profissionais, pra trazer mais recursos... quanto que a gente ganharia... Eu acho que em termos de prevenção... Muita coisa veio à tona quando vieram os médicos cubanos, enfim, falar um pouco mais de prevenção.. Isso na mídia, mas a gente vê isso acontecendo... Foi muito legal! Porque eu não conhecia, e muita gente da equipe não conhecia e passou a frequentar unidade básica, descobriu a sua unidade básica no seu bairro... Bom, acho que transformou neste sentido...*⁵³

Carlos Cortez, também fala sobre as mudanças no entendimento sobre atenção primária em saúde para a equipe:

*Eu sempre achei legal o médico de família, mas não conhecia tão próximo. Eu fiquei impressionado com os relatos das atrizes que foram visitar junto com o Dr Victor... Eles ficaram impressionados. Eles falaram: não existe isso... Eu lembro do Not (responsável pela locação), ele nunca tinha ouvido falar em unidade básica... Daí ele precisou e foi em uma... Ele falou tem tudo ali... Ele foi naquela da Sé porque ele morava ali perto... Pô você é bem tratado, as pessoas sabem... a segunda vez que você vai lá já te chamam pelo nome... Ele ficou impressionado... As pessoas que leram o roteiro, todos os técnicos, todos... Você viu a quantidade de gente que lê os roteiros? Pô, é desse jeito mesmo? Poxa que legal... Sabe assim... Eu acho que todo mundo ficou sensibilizado com este modelo de Medicina...*⁵⁴

Para Paulo Barata, CEO do canal *Universal Channel*, a série ampliou seu repertório sobre o tema:

⁵³ Entrevista com Caroline Fioratti (São Paulo, 29 de janeiro de 2018)

⁵⁴ Entrevista com Carlos Cortez (São Paulo, 02 de janeiro de 2018)

A gente vive em uma situação absolutamente privilegiada. Se eu precisar atendimento médico eu consigo para daqui meia hora... (...) Isto é uma realidade absolutamente de uma minoria e se você não faz parte desta maioria que luta para acessar serviço médico, mesmo tendo plano de saúde. Tem um grupo que eu conheço que tem plano de saúde, mas não necessariamente isto dá acesso... O que mudou é ter a dimensão do problema, do tamanho da situação... A gente não convive, a gente vive em bolha e acaba não convivendo... A partir de “Unidade Básica” acho que você toma consciência, toma um pouco mais de consciência, o problema ganha nome, ganha cara, ganha uma visibilidade bem maior e sai o que é o problema do momento, febre amarela... Você não vê hoje os jornais falando em HIV, tem uma ou outra notícia porque cresceu o grau de contágio entre jovens, mas você não vê... Este deveria ser um tema contínuo... Não é... Então acho que “Unidade Básica” faz com que você amplie o repertório. De compreensão dos que são os grandes temas que deveriam estar sendo abordados em Saúde Pública.... Eu acho que passa pelo processo educativo mesmo, de mostrar para pessoas...⁵⁵

Caio Gullane, produtor, comenta sobre a diferença de seu olhar sobre os serviços públicos de saúde:

Na verdade verdadeira, eu acho que a minha questão sobre saúde não mudou muito, porque eu já tenho isso há muitos anos, então a maneira que eu me cuido e que eu cuido... que eu indico a minha família, as com as minhas filhas não mudou tanto, inclusive, porque eu já pensava de certa forma, alinhado com os temas que a série propõe. O que mudou pra mim é que antes, eu mesmo, infelizmente, eu pago seguro saúde a vida inteira e eu mesmo, achava que era impossível poder ir numa unidade básica ou fazer qualquer merda numa unidade básica até para uma pessoa que fosse próxima, um funcionário, ou não sei o que... muito por falta de informação, também e por você ficar só na... a gente só escuta as notícias ruins, hoje em dia, existe uma tendência, por isso que eu quero fazer aquele outro negócio da felicidade, a gente tem uma tendência de

⁵⁵ Entrevista com Paulo Barata (Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2018)

só ouvir as más notícias, ninguém faz uma manchete falando: “Atendimento do SUS tirou nota dez na Casa Verde porque conseguiu recuperar e tirar doenças...”, nunca a gente ouve isso. Então, sempre me martelaram uma cagada. Essa série me mostra que eu posso ir lá, eu posso indicar uma moça, se eu tiver passando lá e eu tiver com uma coisa mal, eu entro na unidade e peço pra alguém tirar a minha pressão, sei lá, eu tô pensando alto, então nesse sentido, a série me ajudou a enxergar que de novo, a saúde pública feito por pessoas, tem que ver que são pessoas legais, certamente, vai depender da unidade por conta daquelas pessoas serem mais legais ou não, mas o que me despertou é: tem jeito, dá pra usar essa saúde pública.⁵⁶

Para Fabiano Gullane, também produtor, houve um entendimento maior sobre as relações macropolíticas da saúde:

Então assim, não da parte científica, porque isso aí vai só melhorando, a gente vai entendendo um pouco mais, um pouco menos aquilo, mas não é um lugar que eu tô prestando atenção, mas assim, desse universo da macro política, da saúde, do funcionamento, da relação Estado e iniciativa privada, desse universo que tá por trás da saúde, da parte boa e da parte ruim, então tudo isso pra mim foi uma grande novidade, assim, aprendi muito com isso, muito com vocês, com tudo que a gente foi construindo, foi conhecendo juntos. Eu fui conhecendo, fui levado por vocês e tal. Então, pra mim, eu acho que a experiência de ter uma compreensão maior, sabe, da relação mesmo... macro relação da saúde com o Estado, com a iniciativa privada, com a situação do povo, com a situação do rico, a saúde básica corporativa, sabe, toda essa coisa, esse embate que o filme traz muito do médico humano e do médico mais cientista... claro que isso é uma coisa que sempre existiu, mas é legal ver isso exemplificado, é legal ver isso em ação. Então, eu acho que assim, sobre as doenças, com certeza, não é nada que eu prestei muita atenção, nem lembro muitas delas, porque eu não fico pensando em doença, em policia, nada disso, fico pensando só em coisa boa, entendeu? Agora, nessa compreensão do macro funcionamento da

⁵⁶ Entrevista com Caio Gullane (São Paulo, 16 de janeiro de 2018)

*saúde foi uma coisa que claro, um primeiro degrau só, mas foi uma coisa que foi legal ter conhecido, foi muito bacana.*⁵⁷

Por fim, o roteirista Newton Cannito fala de como a série mudou sua relação com o medo de adoecimento:

*(...) teve uma coisa importante, que é assim, eu estava na época com essas questões de saúde em geral, né? Estava minha irmã no hospital, minha mãe, meu pai... foi na mesma época que eu tava fazendo a série, tava todo mundo internado. E eu fiquei um pouco neura também, tava fazendo série médica, todo mundo no hospital, e não tinha preparo nenhum para o assunto, então pra mim, foi um... nunca tinha tido interesse em pensar no assunto, porque eu tinha medo de pensar no assunto de saúde, tal, até hoje eu tenho dificuldade de entender como é que os médicos conseguem pensar sempre nisso, que eu parei de pensar, sempre nisso e não ficarem paranoicos, não sei, como vocês conseguem separar. (...) Primeira coisa, assim, que pra mim foi bem importante. Sensação de morte, de passar essas coisas todas, de vivenciar esses medos todos. Então, isso em si, foi uma cura, porque se você vivência o medo, você reduz ele. Se você não vivência o medo, você fica o resto da vida com aquele medo. Uma das coisas que as pessoas assistem série médica também é isso, não é só porque o cara é gostoso, é porque as pessoas querem saber vivenciar as sensações de morrer antes de morrer, que é o xamanismo, justamente para você parar deter medo de morrer, porque se você ficar com medo de morrer o tempo todo, você não vive. (...) a gente buscou sempre o sentido das doenças, também um sentido social, um sentido de cura, né? (...) E quando você entende o sentido do sofrimento, você vê que nem é tão horroroso quanto parece. As pessoas não estão sofrendo tanto quanto você imaginou, eu imaginei que eles estariam naquela situação. Então, às vezes você vê cenas tão bonitas, cenas tão fortes, que pensando bem, é outro filme, tão belo também, me deu uma relativização dessas sensações. Então, um aprendizado de vida fodão, assim*⁵⁸

⁵⁷ Entrevista com Fabiano Gullane (São Paulo, 30 de janeiro de 2018)

⁵⁸ Entrevista com Newton Cannito (São Paulo, 15 de janeiro de 2018)

PARTE III. DISCUSSÃO

O objetivo central deste estudo foi analisar **as potencialidades e os limites gerados pelo diálogo entre o campo da Saúde Coletiva e a comunicação na grande mídia, tomando como base o processo de construção da série televisiva brasileira “Unidade Básica”**. Notam-se tendências da comunicação na grande mídia que ora limitaram o diálogo com os conceitos produzidos pelo campo da Saúde Coletiva brasileira, ora potencializaram o diálogo sob esta perspectiva. A partir dos resultados encontrados podemos verificar que estas tendências podem ser analisadas a partir de três diferentes perspectivas: do *contexto* em que ocorreu este processo, do processo de elaboração do *conteúdo* comunicado pela série e do processo de criação de sua *linguagem estética*.

Primeiramente, ao analisarmos o *contexto* mais geral, é importante situar que a iniciativa da criação desta série médica se insere em um contexto, conforme discutido por Briggs & Hallin (2016), de um intenso processo denominado de *biomidiatização*, com a presença cada vez maior do tema da saúde na mídia, processo que ocorre por uma coprodução, entre profissionais da saúde e da mídia, em intensa relação com o mercado, para produção de conhecimento, seleção de informações a serem difundidas, e escolhas de como, quando e a melhor maneira de abordá-las.

Conforme discutido por Habermas (2014), os processos comunicacionais permanecem muito mais inspirados no modelo comercial, a partir da intrusão das leis de mercado na esfera da produção cultural, do que de um real interesse coletivo. Com isso, passam a organizar todo um sistema de produção de bens simbólicos, sempre ajustado aos “públicos consumidores” (Martin-Barbero, 2013). Estas representações passam a ser construídas na mentalidade das pessoas, sendo o mais decisivo e duradouro instrumento de dominação (Castells, 2017). Constituem-se, portanto, em uma forte expressão de como se organizam novas formas de mecanismos de poder, aqui mais capilarizado e difuso, interiorizados e reativados pelos próprios sujeitos (Hardt & Negri, 2001).

Especificamente no caso das séries médicas ficcionais, nota-se um forte domínio simbólico-cultural das séries médicas norte-americanas, marcado pela forte presença de um discurso biomédico, com a centralidade e o uso crescente de modernos instrumentos biotecnológicos, bem como de recursos audiovisuais que enfatizam esta perspectiva. Estes formatos, sucesso em vários países no mundo desde a década de 1960, incluindo o Brasil, retratam majoritariamente o ambiente hospitalar, trazem a centralidade no trabalho médico, em detrimento da equipe de saúde, em geral focam nas doenças agudas e fazem uso de avançados recursos tecnológicos para a resolução dos casos (Turow, 2013). Do ponto de vista das narrativas, de maneira geral, privilegiavam os dramas intensos (emergências, doenças terminais) ou investigações de casos raros (*procedure*).

Mais recentemente, nota-se também a presença nestes formatos de uma estética hiper-realista, com base nas biotecnologias, que buscam transformar os dramas dos corpos e da psique em sinais, signos e imagens, marcando o aparecimento do que Bentes (2010) denominou de uma *bioestética*. Também é possível verificar a influência de novas formas narrativas, as chamadas “*narrativas complexas*” (Mittel, 2012), que para além dos efeitos especiais, já conhecidos no cinema, trazem a estética operacional para o primeiro plano, os chamados “efeitos especiais narrativos”, chamando a atenção para a natureza construída da narração. Da mesma forma que os videogames e a internet, surge a necessidade por parte do público da compreensão dos procedimentos e um reconhecimento de que este modo de expressão é acompanhado de protocolos específicos.

Estes elementos presentes nos formatos audiovisuais atuais nos mostram como os processos comunicacionais passam a moldar com novos elementos as formas de representação dos corpos e do processo saúde-doença-cuidado.

É neste contexto, que a série médica “Unidade Básica” surge, a partir de reflexões advindas da inserção, de uma de suas criadoras, como médica em um serviço de atenção primária à saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Estas reflexões apontavam para uma forte crítica a estes

formatos hegemônicos e para uma necessidade de se construir diferentes dimensões racionais-cognitivas, bem como estéticas-afetivas sobre os processos saúde-doença-cuidado. A criação da série, portanto, surge em um contexto que podemos denominar de *guerra de representação* (Frow, 2006), que passam a ocorrer com uma frequência cada vez maior, em parte possibilitadas pelo aparecimento de novas tecnologias, pois possibilitam a comparação das representações “globais”. Especificamente, no contexto latino-americano, Xavier (2014) aponta para a necessidade de se analisar as representações a partir de um contexto geral, em que a questão nacional e de mercado assumem uma significação de *luta contra a colonização cultural* (Xavier, 2014).

Estes elementos, presentes no contexto mais geral, trouxeram para o processo de criação da série televisiva um tensionamento entre estas diferentes perspectivas, traduzindo-se em diferentes dimensões, conforme se verificou nos resultados apresentados, ora limitando, ora potencializando o diálogo com o campo da Saúde Coletiva.

Ainda do ponto de vista do *contexto* em que ocorreu este processo, destaca-se também o contexto político brasileiro no período. Dos anos 2009 a 2016 (segundo mandato do governo Luís Inácio Lula da Silva, primeiro e parte do segundo mandato do governo de Dilma Rousseff) foram criadas políticas

públicas relacionadas ao audiovisual, com um maior incentivo e regulação das TV pagas, possibilitando o financiamento de obras independentes para TV, ao mesmo tempo, estabelecendo obrigatoriedade para as TV pagas de cumprimento de cotas de programação nacional. Estas medidas permitiram que a produção da série não estivesse totalmente vinculada a um canal de TV, proporcionando uma certa independência artística, com maiores possibilidades de contribuição externa em seu conteúdo e linguagem estética.

Da mesma forma, nas políticas públicas de saúde, criou-se um conjunto de incentivos para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, principalmente por meio da Estratégia da Saúde da Família, fazendo com que fossem priorizadas ações para valorizar este nível de atenção à saúde, bem como, desenvolvidos atributos desejáveis para seu melhor fortalecimento. A necessidade de pensar a integralidade da saúde, de incorporar práticas assistenciais inovadoras, de organizar equipes multiprofissionais e de se considerar as múltiplas dimensões presentes no processo saúde-doença, faziam parte do conjunto de estratégias das políticas implementadas no período.

Portanto, a produção da série Unidade Básica, bem como o diálogo com o campo da Saúde Coletiva brasileira aqui foram favorecidos pela combinação dos dois elementos presentes no contexto político brasileiro do período - políticas culturais no setor audiovisual e políticas de saúde – que foram determinantes

para a viabilidade política e financeira do projeto, bem como para uma aproximação com cenários reais de Atenção Primária à Saúde no SUS e a campo da Saúde Coletiva.

Do ponto de vista da elaboração do *conteúdo* da série, ao analisarmos as etapas deste processo (Desenvolvimento; Pré-produção, filmagem e edição dos episódios e Divulgação e resultados iniciais), temos que na primeira etapa, denominada Desenvolvimento, especificamente no início do processo de construção dos roteiros, houve uma grande necessidade em se dialogar com o *gênero artístico da obra*, entendido “um certo funcionamento social das narrativas, um funcionamento diferencial e diferenciador, cultural e socialmente discriminatório, que atravessa tanto as condições de produção quanto as de consumo” (Martín-Barbero, 2013, p. 189), principal responsável pelo processo de *ativação da competência cultural* dos públicos na televisão.

Esta necessidade de diálogo com o *gênero artístico da obra* trouxe para o processo um conjunto de *estruturas exteriores e internas* das obras artísticas pré-estabelecidas (Moran, 2011), tais como a presença de personagens-tipo e situações-tipo, esquematização e a polarização na forma com que os conteúdos são apreendidos.

Por um lado, temos que o diálogo com estes formatos permitiu um reconhecimento e uma identificação por parte do público de padrões já conhecidos, o que pode ter sido um facilitador da comunicação de uma outra perspectiva, conforme argumentado pelo roteirista da série. Também do ponto de vista da exequibilidade do projeto, a relevância do tema da saúde aliada ao formato *série médica para TV*, foram os principais elementos que atraíram para a execução do projeto tanto produtores, quanto o canal de TV. O histórico de sucessos internacionais e a baixa produção nacional, foram questões chaves para a sua realização.

Por outro, temos que este conjunto de características pré-estabelecidas, no formato *séries médicas*, de maneira geral, nesta etapa do processo, influenciaram o *conteúdo* proposto fazendo com que houvesse uma forte centralidade nos personagens médicos, com a manutenção da presença do “médico-herói”, a presença do romance entre protagonistas médicos, a pouca participação do restante da equipe de saúde e um diálogo com o formato *procedure*. Deste ponto de vista, podemos considerar que a *fórmula série médica* (Turow, 2013) limitou um diálogo com o campo da Saúde Coletiva.

Ainda nesta etapa para elaboração do *conteúdo*, um importante elemento a ser considerado foi a possibilidade, no processo de realização de pesquisa para os roteiros, de se estabelecer um diálogo com pensadores e pesquisadores do

campo da Saúde Coletiva brasileira, bem como com experiências concretas de implementação de Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro. Nesta etapa do processo, o encontro com pensadores, gestores, profissionais de saúde, visitas às UBS, observações *in loco*, bem como a realização de duas oficinas de trabalho, mostraram um conjunto instituído de saberes e práticas que guardavam, de maneira geral, bastante consenso sobre quais seriam as questões que deveriam ser retratadas em uma série sobre o dia-a-dia de uma unidade de saúde. As inúmeras falas, teóricas ou de histórias concretas, as observações e o conjunto de materiais coletados nesta fase, apontaram para um conjunto de questões comuns, o que potencializou um melhor entendimento, por parte da equipe de criação, de quais questões deveriam ser prioritariamente retratadas.

Com isso, pode-se definir alguns eixos que mereceriam destaque na construção das intrigas e personagens, sendo eles: as diferentes racionalidades implicadas nas ações de saúde, com a presença de um *discurso biomédico* em contraposição a novas formas de se pensar o *Cuidado* em saúde; um entendimento mais ampliado sobre o processo saúde-doença-cuidado, buscando caracterizar as diferentes *vulnerabilidades* existentes neste processo, e ainda a presença de atributos da Atenção Primária à Saúde, tendo a *integralidade* como eixo norteador das ações.

Especificamente sobre a comunicação destes conceitos no processo de elaboração do *conteúdo*, verificou-se que a necessidade de diálogo com formatos pré-estabelecidos, acabou em certa medida privilegiando a comunicação de alguns conceitos em detrimento de outros. Por exemplo, a necessidade de estabelecer uma polarização entre protagonistas, típico deste tipo de construção artística, acabou por favorecer um diálogo com o primeiro eixo definido, a questão do conflito entre racionalidades. A inserção das diferentes racionalidades nas ações em saúde (discurso biomédico *versus* novas formas de se pensar o cuidado em saúde) foi representada pelos dois personagens principais da trama: Laura, representando uma visão biomédica e Paulo com uma visão ampliada do cuidado em saúde. Estes personagens, em diversos episódios, representaram os dois polos de racionalidade nas ações em saúde, o do *êxito técnico* e o do *sucesso prático*, buscando demonstrar no desfecho do episódio, a necessidade de existir uma permeabilidade do técnico e não técnico nas práticas de saúde (Ayres, 2007a).

Outro formato pré-estabelecido, em consonância com as tradicionais séries médicas, o formato *procedure*, foi parcialmente seguido no processo de construção dos roteiros, mas aqui com diferente característica. Ao invés da investigação do episódio estar centrada em uma doença rara e específica, o centro da investigação passou a ser as histórias de vida dos pacientes (suas crenças, seus traumas, sua rede familiar, seu contexto de moradia e trabalho, sua rede de apoio). Com isso, também um diálogo com o eixo das

vulnerabilidades pode ser estabelecido, mostrando “um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo” (Ayres, 2012a), buscando caracterizar, em casos concretos, uma maneira ampliada de se pensar o processo saúde-doença-cuidado.

Por fim, foi possível o diálogo com os elementos que caracterizam a APS, como a presença e as reuniões da equipe de saúde, as visitas domiciliares, as ações no território, entre outras ações. Na totalidade dos episódios construídos encontram-se presentes cenas que representam os atributos deste nível de atenção.

Por outro lado, a necessidade em se manter a centralidade da trama em dois personagens principais, médicos, trouxe dificuldades para um diálogo mais efetivo com alguns conceitos dialogados. Ao se pensar em um cuidado mais ampliado e, em especial, na integralidade das ações, envolvendo uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, surge como elemento central o trabalho multiprofissional, que não foi bem retratado nos roteiros. Aliado a este fator, a impossibilidade de representação dos outros níveis de atenção prejudicou especialmente a comunicação do conceito de *Integralidade*. A entrada do canal de TV na discussão, sugerindo uma maior esquematização,

com uma maior centralidade nos personagens principais e corte de personagens secundários, piorou ainda mais o diálogo.

Outro elemento, objeto de muita reflexão durante esta fase, foram as ações desencadeadas na resolução dos casos pelo personagem Paulo, que também refletiam um modelo “médico-herói” das tradicionais séries médicas, ao mesmo tempo já com uma influência das *narrativas complexas* (Mittel, 2012), em que os personagens passam a ser multifacetados, apresentando falhas de caráter, com comportamentos propositadamente inusitados para o público.

Schraiber (1996) defende que prática médica é uma *técnica moral-dependente*. Para esta autora, a caracterização do exercício da moral no ato técnico não deve ser visto apenas como a cordialidade das relações interpessoais, presente em todas as relações sociais. A ética na prática médica significa também a presença de uma dimensão pessoal e subjetiva no julgamento e processo decisório do ato profissional no trabalho, o que tem sentido tecnológico, sendo esta presença, uma qualificação própria e inalienável do trabalho em saúde. Este modo de interação com o outro, no interior do ato técnico, para esta autora, tem na modernidade se constituído menos em um consenso dialógico e mais em uma conquista da confiança, com a entrega total do doente enquanto pessoa e sua subordinação enquanto sujeito.

As ações relacionadas a resoluções dos casos, em especial, às relacionadas ao personagem Dr Paulo, embora diferentes das apresentadas pelas tradicionais séries médicas, cuja centralidade está no uso de recursos de imagem ou farmacológicos e da alta tecnologia, em muitos casos, apresentavam-se também de maneira pouco dialógica e, muitas vezes, bastante impositiva. A comunicação dos novos modos de se pensar as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, com a construção dialógica de projetos terapêuticos singulares e coletivos, com respeito a autonomia e escolha dos pacientes, ficou em alguns casos prejudicada pelo caráter “heróico” e “excêntrico” construído para este personagem. A presença de uma diferente perspectiva moral orientando a ação performática na linguagem televisiva, teve impacto diretamente aqui na comunicação desta abordagem.

Na segunda etapa deste processo (Pré-produção, filmagem e edição dos episódios), merece destaque o processo de criação da *linguagem estética* da série que será melhor discutida mais adiante. Com relação ao *conteúdo*, foram determinantes as *rotinas de produção* (Martin-Barbero, 2013), com seus hábitos de trabalho, com exigências relacionadas, por exemplo, à rentabilidade sobre o tempo de produção, o que limitou, em diversas ocasiões, um maior diálogo com as questões do campo.

Por fim, na terceira etapa (Divulgação e resultados iniciais), teremos como elementos determinantes a *estrutura e a dinâmica da produção televisiva*, que já durante a edição dos episódios e durante a fase de divulgação da série tem como elementos fundamentais as *estratégias de comercialização*, buscando o melhor corte narrativo para a publicidade (Martin-Barbero, 2013). O primeiro slogan escolhido (“Dois médicos. Dois pontos de vista. Uma missão. Salvar vidas”), bem como, uma das estratégias de anunciar os episódios focando as características clínicas e fisiológicas das doenças exemplificam este tipo de ação, que em geral, não traduziam os objetivos comunicacionais das premissas da série.

Em relação à divulgação da série na mídia, de maneira geral, embora bastante simplificados, houve um entendimento sobre os conceitos trabalhados, em especial, ao relacionado às diferentes racionalidades presentes no *Cuidado em saúde*. Nas redes sociais um dos elementos que merece destaque foi a crítica da centralidade na série dos personagens médicos e a não presença de outros profissionais no cuidado em saúde, elemento já apontado como limitado no processo de construção dos roteiros. Interessante notar que o movimento de críticas pelas redes sociais gerou impacto e desdobramentos nas estratégias de divulgação da série, fazendo que o canal buscasse inserir mais a personagem Beth (enfermeira) nas vinhetas de chamadas para o programa, bem como indicativo de maior participação da equipe de saúde na próxima temporada da série. Nota-se aqui um intenso movimento de interconexão entre as chamadas “novas mídias” e o ciberespaço e a “grande mídia”, que parece cada vez mais

absorver os elementos destes novos meios, tanto com suas ferramentas de colaboração on-line, utilizadas durante os episódios, quanto como elemento de medição de sucesso.

Sobre o processo de criação de uma *linguagem estética* para série, notou-se um intenso, inovador e profícuo diálogo com os conceitos do campo da Saúde Coletiva. Aqui, conforme verbalizado pela diretora, não houve uma maior necessidade de diálogo com as tradicionais séries médicas, sendo referências para a equipe de criação outras obras artísticas e outros tipos de produção audiovisual.

No processo de pesquisa para uma linguagem estética, ao mesmo tempo que se buscou um retrato próximo ao ambiente real de uma UBS, também foram considerados elementos estéticos que traduzissem melhor os conceitos da série. A intenção não foi ser o mais realista possível e, sim, buscar traduzir em sensações os conceitos que se desejava comunicar, através de recursos técnicos e estéticos. Isto pode ser verificado, por exemplo, na escolha da arquitetura da UBS, em que, a presença de um grande número de janelas proporcionou uma “amplitude unificada” no ambiente, traduzindo uma sensação de conexão entre as pessoas, de conexão com os profissionais de saúde, bem como de conexão com a comunidade.

No processo de decupagem também a escolha de onde focar ou desfocar a câmera, o ritmo, todos foram escolhas com o sentido de olhar para o ser humano, para seus sentimentos e angústias, difere, também de algumas séries médicas tradicionais, cujo foco da câmera, em geral, esta voltado para situação de emergência ou para o procedimento realizado. A escolha de uma “*luz quente*” como elemento para favorecer o momento de um *insight*, de uma revelação, de abertura para o *Cuidado*, ou ainda a escolha de uma mesma palheta de cores para roupas, cenários, paredes garantindo um tom uniforme, uma impressão digital para aquela representação, todos foram elementos que buscaram a tradução de conceitos presentes na premissa da série. As cenas de passagem, mostrando a vida na comunidade, a vinheta de abertura, que buscou um diálogo com as imagens médicas e cenas da metrópole, assim como as músicas escolhidas, todas foram escolhas técnicas-estéticas, que favoreceram a comunicação dos conceitos, aqui não de uma forma verbal, mas sim através das sensações produzidas.

Parece-nos aqui existir indícios para o que Gadamer (2012, p. 169) denominou como *uma forma de conhecimento dos sentidos*:

E será que não reside a tarefa da estética justamente em fundamentar que a experiência da arte é uma forma de conhecimento dos sentidos, que transmite à ciência os últimos dados, a partir dos quais põe-se a construir o conhecimento da natureza, certamente também diferente de todo conhecimento ético da razão e, aliás, de todo conhecimento conceitual, mas que é, contudo, conhecimento, ou seja, transmissão de verdade?

Da mesma forma que os processos comunicacionais na atualidade se utilizam de novos recursos estéticos e narrativos para estabelecer a *hegemonia comunicacional do mercado* (Martín-Barbero, 2013), centrada no discurso biomédico e no uso dos modernos recursos biotecnológicos e audiovisuais, faz-se necessário a produção de conhecimento nesta área para a comunicação de uma diferente perspectiva. Conforme podemos apreender da pesquisa realizada, existem elementos no processo de construção da série “Unidade Básica”, que apontam para a possibilidade de produção de novas linguagens, estéticas e narrativas, ainda muito pouco exploradas pelo campo da Saúde Coletiva.

Será este um caminho a ser explorado para tornar a Atenção Primária à Saúde, o SUS e a Saúde Coletiva uma experiência que chegue não prioritariamente pelo racional-cognitivo, mas pelo estético-afetivo? Seria possível construirmos uma nova linguagem estética/narrativa/audiovisual que nos aproxime daquilo que queremos comunicar?

Por fim, com relação à sondagem sobre o impacto da série entre os entrevistados, pudemos notar depoimentos que mencionaram que o contato com a série revelou um universo desconhecido da saúde, ampliando o entendimento dos processos saúde-doença-cuidado e modificando suas visões sobre a atenção primária e o o Sistema Único de Saúde brasileiro. Embora novas

pesquisas sobre o impacto da série devam ser realizadas, estes elementos apontam para uma capacidade da série em comunicar os conceitos inicialmente elaborados.

PARTE IV. COMENTÁRIOS FINAIS

A comunicação é um dos grandes desafios para reconstruir de maneira crítica as práticas de saúde, especialmente, quando se visa alcançar um público ampliado por intermédio da grande mídia, orientando-se por valores e concepções não-hegemônicas e pouco familiares ao senso comum. O objetivo deste estudo foi analisar os limites e as potencialidades gerados pelo diálogo entre o campo da Saúde Coletiva e a comunicação na grande mídia, tomando como base o processo de produção da série médica “Unidade Básica”, que foi televisionada em setembro de 2016 por importante emissora de televisão a cabo.

Como fatores limitantes ao diálogo entre os conceitos trabalhados e o processo de criação estão as estruturas pré-estabelecidas do gênero artístico da obra; as diferentes perspectivas morais que orientam a ação performática na linguagem televisiva; as rotinas de produção e as estratégias de comercialização televisivas.

Por outro lado, certos aspectos favoreceram uma relação positiva, como a crítica aos formatos comunicativos hegemônicos e a necessidade de se construir diferentes dimensões racionais-cognitivas, bem como estéticas-afetivas sobre os processos saúde-doença-cuidado; o contexto político brasileiro no período; a presença de um conjunto de saberes e práticas consistentes no campo da Saúde Coletiva, além das experiências concretas de implementação de Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Por fim, ressalta-se positivamente que processo de construção de uma linguagem estética para a série logrou, por meio de elementos estéticos-afetivos, produzir efeitos relevantes para os objetivos da série por outras vias que não as racionais-cognitivas, mais comumente exploradas nas produções da comunicação em saúde.

Dos conceitos produzidos pelo campo da Saúde Coletiva brasileira, foram potencializados no processo de criação: as diferentes racionalidades implicadas nas ações de saúde (a presença de um *discurso biomédico* em contraposição a novas formas de se pensar o *Cuidado* em saúde); o entendimento mais ampliado sobre o processo saúde-doença-cuidado, buscando caracterizar as diferentes *vulnerabilidades* existente neste processo, e ainda a presença de atributos da Atenção Primária à Saúde. Pode-se notar que o conceito de *integralidade*, entendido como eixo norteador das ações na APS, foi o que teve maiores limitações em ser comunicado.

Todas estas são questões merecem ser melhor exploradas por novos estudos, bem como por novas intervenções audiovisuais, para que se amplie o entendimento sobre quais são as potencialidades e limites em se comunicar conceitos do campo da Saúde Coletiva de maneira geral, em especial, aquelas em diálogo com o audiovisual e a grande mídia.

A série médica “Unidade Básica” já tem sua segunda temporada confirmada, prevista para 2019, o que poderá ser um importante momento de novas reflexões e aprendizados. Também, do ponto de vista da produção do campo da Comunicação e Saúde, faz-se necessário novos estudos sobre análise de impacto deste tipo de formato comunicativo, sobre a interconexão destes formatos com as novas mídias, bem como de experimentações de novas formas narrativas-estéticas para se comunicar conceitos do campo da Saúde Coletiva.

PARTE V. ANEXOS

Anexo I

Roteiro preliminar de entrevista semi-estruturada

- Nome
- Função/cargo
- Participação no projeto Unidade Básica

- Quando você foi convidado/a para fazer a série quais eram os principais desafios e quais eram as principais potências do projeto?
- Que experiências profissionais anteriores a este projeto você considera relevante? Por quê?
- Em comparação com essas experiências anteriores, quais são, na sua opinião, as facilidades e dificuldades do presente projeto?
- De que maneira suas experiências profissionais anteriores podem ajudar ou atrapalhar sua atuação no presente projeto? Exemplifique.
- Em sua opinião, quais temas/assuntos na área da saúde tem um maior impacto para atingir o grande público? Por quê?
- De que maneira suas experiências pessoais com saúde/doença ajudaram ou atrapalharam sua atuação no presente projeto?
- Você considera que as séries médicas tradicionais foram referências importantes para este projeto? De que forma?
- Essa experiência mudou de algum modo sua compreensão do que seja saúde coletiva? Como?

- Essa experiência mudou de algum modo sua compreensão do que seja atenção primária em saúde? Como?
- Quais temas tratados mobilizaram mais você? Por quê?
- Você considera que a série foi um sucesso?
- Se fôssemos começar tudo de novo, o que você acha que deveria ser feito diferente?

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: "Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e atenção primária: análise da experiência de produção da série televisiva "Unidade Básica".

Pesquisadora: Helena Lemos Petta

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ Departamento de Medicina Preventiva

O objetivo geral desta pesquisa é analisar as potencialidades e os limites gerados pelo diálogo entre o campo da saúde coletiva e a comunicação na grande mídia, no processo de construção da série televisiva brasileira “Unidade Básica”.

Convidamos você a participar desta pesquisa através de entrevista ou participação em oficina de trabalho. Estas atividades serão gravadas em áudio e vídeo e transcritas, com a permissão dos convidados.

Os riscos da participação são praticamente nulos, embora possa haver algum desconforto em refletir ou falar sobre alguma experiência relacionada ao trabalho. Caso haja qualquer desconforto você ou qualquer participante/entrevistado pode se recusar a responder qualquer pergunta e interromper a entrevista ou dinâmica da oficina de trabalho.

Não haverá benefícios imediatos com a pesquisa, mas espera-se que seus resultados possam contribuir para uma melhor comunicação sobre as atividades desenvolvidas na atenção básica, com a melhoria dos serviços e políticas locais, bem como o cuidado da saúde de modo geral.

1. Você terá acesso, a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Você tem total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e

suspender sua participação, sem que isto traga qualquer prejuízo à sua atividade profissional ou relações institucionais.

3. Nada que for dito será comentado com outras pessoas que não sejam pesquisadores e executores do projeto. Será mantido absoluto sigilo acerca da identidade dos participantes e das pessoas mencionadas durante as entrevistas e oficinas de trabalho. Somente pesquisadores e executores do projeto terão acesso às gravações e transcrições na íntegra.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa pode-se entrar em contato com a pesquisadora através do celular (41) 87223447 ou email helenapetta@hotmail.com.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em lhe conceder entrevista ou registrar minhas falas em oficina de trabalho para a pesquisa "Grande mídia e comunicação sobre saúde coletiva e atenção primária: análise da experiência de produção da série televisiva "Unidade Básica".

Local e data

Nome do participante

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Anexo III - Fotos e figuras da UBS

**Fotos do local de locação para filmagem da série “Unidade Básica”
(cedidas pela produtora Gullane)**

DESENHO CONSULTÓRIO DRA LAURA e CONSULTÓRIO DR PAULO

DESENHO FACHADA UBS E COZINHA

DESENHO SALA DE REUNIÕES DA EQUIPE DE SAÚDE **FACHADA DE LOCAÇÃO PARA CASA DE PACIENTE JOEL**

MUDANÇAS PROPOSTAS PELA EQUIPE DE ARTE

REFERÊNCIA PARA CASA, OBJETOS E FIGURINO FAMÍLIA PACIENTE JOEL (Arthur Bispo do Rosário)

**REFERÊNCIA PARA CASA, OBJETOS E FIGURINO FAMÍLIA PACIENTE JOEL
(Arthur Bispo do Rosário)**

**Plano de filmagem série “Unidade Básica”
(cedido pela produtora Gullane)**

SÉRIE "UNIDADE BÁSICA" - 1ª TEMPORADA - 08 EPISÓDIOS						
PLANO DE FILMAGEM 04 - 23/04/2015						
=> 1ª SEMANA DE FILMAGEM - UBS - 5 x 1:						
=> 12/05 - DIA 01 - 06H30 / 18H30 - CONSULTÓRIO LAURA:						
E01_08 Xixi vermelho	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO LAURA Laura examina Sofia. Ivete manda msg no cel. Robson chega. Ivete pede pomada pra afta.	Galpão Freguesia Ó 01º Dia E01	1 6/8 pgs.	L 01, 02, 04 Esp/Figs: 0 + 0	
E01_14 O Pedófilo ?	INT Tarde	UBS / CONSULTÓRIO LAURA Samara, c/ um desenho de Sofia, desconfia q Queiroz abusa da menina. Laura não acredita.	Galpão Freguesia Ó 02º Dia E01	1 6/8 pgs.	L, S Esp/Figs: 0 + 1	
E01_18 O que é biópsia?	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO LAURA Robson pergunta sobre biópsia, Laura explica que é invasivo e aconselha a fazer particular.	Galpão Freguesia Ó 03º Dia E01	6/8 pgs.	L 01, 02, 04 Esp/Figs: 0 + 1	
E01_25 Fofoca espalhou	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO LAURA Paulo invade o consultório de Laura, indignado com a suspeita de abuso do Seu Queiroz.	Galpão Freguesia Ó 05º Dia E01	7/8 pgs.	L, M, P, S Esp/Figs: 0 + 0	
E01_28 Paulo 1 x 0	INT Tarde	UBS / CONSULTÓRIO LAURA + CORREDOR Laura e Samara indignadas com Ivete. Paulo diz q Laura tem q aprender sobre as pessoas.	Galpão Freguesia Ó 05º Dia E01	7/8 pgs.	L, P, S Esp/Figs: 0 + 11	
E02_03 Laura tem mãe?	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO LAURA Laura diz que exames de D.Vilma estão ruins. Vilma aborrecida. Cristina vai pagar particular.	Galpão Freguesia Ó 01º Dia E02	1 6/8 pgs.	L, S 05, 06 Esp/Figs: 0 + 0	
E02_09 Exames D.Vilma	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO LAURA Laura analisa os exames de queda da D.Vilma e pede outros p/ Cristina, que está apreensiva.	Galpão Freguesia Ó 02º Dia E02	1 4/8 pgs.	L, S 06 Esp/Figs: 0 + 0	
* 12/Mai - Filmando Cenas dos EPs 01 e 02						
--- FIM DO 1º DIA DO TOTAL -- Terça-feira, 12 de Maio de 2015 -- 9 2/8 pgs.						
=> 13/05 - DIA 02 - 06H30 / 18H30 - CONSULTÓRIO PAULO:						
E01_16 Souvenirs	INT Noite	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo é o único ainda na UBS. Várias ações dele em seu consultório: janta, procura livro...	Galpão Freguesia Ó 02º Dia E01	2/8 pgs.	P Esp/Figs: 0 + 0	
E03_20 Ética médica	INT Noite	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo amassa o laudo de Eraldo nas mãos, fuma e volta a encarar o laudo. Recomeça a escrev	Galpão Freguesia Ó 04º Dia E03	2/8 pgs.	P Esp/Figs: 0 + 0	
E03_25 Cícera no Cel	INT Noite	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo trabalha no genograma da família de Eraldo. Olha o laudo. O cel toca. É Cícera.	Galpão Freguesia Ó 05º Dia E03	2/8 pgs.	P Esp/Figs: 0 + 0	
E02_14 Stress ?	INT Tarde	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo examina Cristina e pede uns exames. Paulo acha que ela pode estar doente.	Galpão Freguesia Ó 03º Dia E02	1 3/8 pgs.	M, P 06 Esp/Figs: 0 + 0	
E02_23 Os Presentes	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Cristina e D.Vilma são atendidas por Paulo. As duas estão ótimas de saúde, e amigas.	Galpão Freguesia Ó 06º Dia E02	6/8 pgs.	P 05, 06 Esp/Figs: 0 + 0	
E03_11 O Transplante	INT Tarde	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo diagnostica Eraldo com cirrose. Eraldo se constrange. Cícera fica preocupada.	Galpão Freguesia Ó 03º Dia E03	1 1/8 pgs.	P 08, 10 Esp/Figs: 0 + 0	
E03_19 Ética médica	INT Tarde	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Cícera diz q apareceu um fígado, e tenta convencer Paulo a assinar laudo falso da bebida.	Galpão Freguesia Ó 04º Dia E03	7/8 pgs.	P 10 Esp/Figs: 0 + 0	
E03_27 A Evolução	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo atende. Jeferson conta que parou de beber. Lizete pede p/ ter consulta só 1x ao mês.	Galpão Freguesia Ó 06º Dia E03	6/8 pgs.	P 09, 12 Esp/Figs: 0 + 0	
E04_02 Não dá tempo!	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo briga c/ Beth p/ conseguir fazer a hora de almoço dele. Beth mostra pilha de exames.	Galpão Freguesia Ó 01º Dia E04	2/8 pgs.	BE, P Esp/Figs: 0 + 0	
E04_10 Jesus te ama	INT Tarde	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Paulo termina de atender Aeraldo, um pastor, que lhe dá um folheto evangélico.	Galpão Freguesia Ó 01º Dia E04	3/8 pgs.	P 13 Esp/Figs: 0 + 0	
E04_35 A Tentação	INT Dia	UBS / CONSULTÓRIO PAULO Juliano confessa q pecou novamente. Abelardo e Paulo dizem q ele pegou aids "novamente".	Galpão Freguesia Ó 06º Dia E04	2 4/8 pgs.	L, P 13, 14 Esp/Figs: 0 + 0	

PARTE VI: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Aristóteles. Poética/ Aristóteles; tradução, textos adicionais e notas Edson Bini. São Paulo: EDIPRO; 2011.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interfaces. 2000; v.4, n.6: p. 117 – 120.

Ayres JRCM. Epidemiologia e emancipação. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação de Saúde Coletiva; 2002.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004; v. 13, n. 3: p. 16-29.

Ayres JRCM. Uma concepção Hermenêutica de Saúde. Rev. Saúde Coletiva. 2007; v.17, n.1: p. 43-62.

Ayres JRCM. Risco, razão tecnológica e o mistério da saúde. Interface. 2007; v. 11, n. 21: p. 145-63.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2010; v. 6, n. 1: p. 63-72.

Ayres JRCM, Paiva V, França Jr I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA,

V, Ayres JRCM, Buchalla CM, coordenadores. Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. v. 1: p. 71-94.

Ayres JRCM, Carvalho, YM, Nasser, MA, Saltão, RM, Mendes, VM. Caminhos da integralidade: Adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface. 2012; v. 16, n. 40: p. 67-81.

Ayres JRCM. Georges Canguilhem e a construção do campo da saúde Coletiva brasileira. Intelligere. 2016; v. 2, n. 1: p. 138-154.

Bedrikow R, Campos GWSC. História da Clínica e a Atenção Básica – o desafio da ampliação. 2ed. São Paulo: Hucitec; 2015.

Benjamin W. A obra de arte na época de sua reprodutividade técnica. 2ed. Porto Alegre: Zouk; 2014.

Bentes I. House M.D.: o monitoramento da vida, do crime e da doença na era da sua visualidade técnica. Revista Matrizes. 2010; ano 3, v. 2: p. 103-14.

Briggs CL, Hallin DC. Making health public: how News coverage is remaking media, medicine, and contemporary life. New York: Routledge; 2016.

Brigidi S, Comelles JM. Etnografia, realidad y ficción en los médicos y enfermeras en las series de televisión. In: Brigidi S, organizadora. Cultura, salud, cine y televisión: recursos audiovisuales en la Ciencias de la Salud y Sociales. Terragona: URV; 2016: p. 225 – 56.

Bourdieu P. O Poder simbólico. 2 ed. Lisboa: Edições 70; 2011.

Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da *práxis* e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; v.16, n.7: p. 3033 – 40.

Canguilhem G. O Normal e o Patológico. 5 ed. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2002.

Cartwright L. Screening the body: tracing medicine's visual culture. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1995.

Castells M. O Poder da Comunicação. 2ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra; 2017.

Cejudo MCG. Disney Health Films in Mexico. *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*; 2016

Costa R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface*. 2005; v. 9, n.17: p. 235- 48.

Czarny MJ, Faden RR., Nolan MT, Bodensie E, Sugar- man J. Response to open peer commentaries on medical and nursing students' television viewing habits: potential implications for bioethics. *The American journal of bioethics*. 2008; v.8, n.12: p.1-8.

Denzin NK, Lincoln YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin, NK, Lincoln, YS, autores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução Sandra Regina Netz. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2006: p. 15-41.

Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. 20ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998

Foucault M. Microfísica do Poder. 6 ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.

Foucault M. O nascimento da clínica. 6 ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

Frow J, Morris M. Estudos culturais. In: Denzin, NK, Lincoln, YS, autores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução Sandra Regina Netz. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2006: p. 315- 43.

Gadamer HG. Hermenêutica da obra de arte. Seleção e tradução Marco Antonio Casanova. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2010.

Gadamer HG. Verdade e método. Tradução Flávio Paulo Meures. 12 ed. Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco; 2012.

Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública: investigações sobre uma categoria da sociedade burguesa. 1ed. São Paulo: Editora Unesp; 2014.

Hardt M, Negri A. Império. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Kant E. Critique of Judgement. New York: Hafner Press; 1951.

Lima NT, Hochman G. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. Ciência & Saúde Coletiva. 2000. v.5, n. 2: p. 313 – 332.

Lima VA. Grande mídia vs Nova mídia na política brasileira. Revista Vida

Pastoral. 2010. v. 51: p. 30- 37.

Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde, Dissertação de Mestrado PPGEDU - UFRGS, 2005.

Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. V. 2. Porto Alegre: Artmed; 2012: p. 60-70.

Luz MT. Natural, Racional, Social; razão médica e racionalidade científica moderna. 2ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Luz MT, Sabino C, Mattos RS. A ciência como cultura do mundo contemporâneo: a utopia dos saberes da (bio)ciências e a construção midiática do imaginário social. Sociologias. 2013; v. 15, n. 32: p. 236 – 54.

Luz MT, Ferla AA, Machado AS, Dall Alba R. Retórica na divulgação científica do imaginário de vida e saúde: uma proposta metodológica de análise. Interface: comunicação, saúde, educação. 2017; v.21, n.61: p. 333- 47.

Martín-Barbero J. Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. 7ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2013.

Mattelart A, Mattelart M. História das teorias da comunicação. 16ed. São Paulo: Loyola; 2014.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004; v. 20, n. 5: p. 1411-16.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: Processo de trabalho e Necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas em Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.

Mittel J. Complexidade narrativa na televisão americana contemporânea. Matrizes. 2012. ano 5, n. 2: p. 29-52.

Moran E. Cultura de massas no Século XX: espírito do tempo: neurose. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense universitária; 2011.

Nunes ED. Saúde Coletiva: Uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012: p.19 - 39

Ostherr K. Medical visions – producing the patient through film, television, and imaging Technologies. Oxford: Oxford University Press; 2013.

Pasche DF, Hennington EA. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: OPAS; 2006.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol. do Inst. Saúde. 2010; v. 12, n. 2.

Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N, autores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Rancière J. A partilha do sensível: estética e política. Tradução de Mônica Costa Neto. São Paulo: EXO experimental org; 2005.

Schraiber LB. Saúde Coletiva: um campo vivo (Prefácio). In: Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008: p. 9-18.

Schraiber LB. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. Divulgação em Saúde para debate. 1996. v. 12: p. 45 -50.

Schwandt TA. Três posturas epistemológicas para investigação qualitativa: Interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: Denzin, NK, Lincoln, YS, autores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução Sandra Regina Netz. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2006: p. 191-217.

Stam R. Introdução à teoria do cinema. 5 ed. Campinas: Papirus; 2013.

Silva MVB. Origem do drama seriado contemporâneo. Matrizes. 2015; v. 9, n. 1: p. 127-143.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Teixeira RR, Cyrino AP. As ciências sociais, a comunicação e a saúde. Ciência

& Saúde Coletiva. 2003; v. 8, n. 1: p. 151-172.

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas em saúde. Interfaces – Comunicação, Saúde, Educação. 1997. v. 1, n. 1: p. 7-40 .

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 7 ed. São Paulo: Cortez; 1996.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa. 2005; v.31, n.3: p. 443-66.

Turow J. Playing Doctor – Television, Storytelling, & Medical Power. Michigan: The University of Michigan Press; 2013.

Ye Y, Ward KE. The depiction of illness and related matters in two top-ranked primetime network medical dramas in the United States: a content analysis. Journal of health communication. 2010; v.15, n. 5: p. 555-70.

Xavier I. O discurso cinematográfico: a opacidade e a transparência. 6 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2014.