

Saúde na TV: o Médico de Família na Rotina Produtiva da Comunicação¹

Márcia Cristina Rocha COSTA²

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, BA

Simone Terezinha BORTOLIERO³

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA

RESUMO

Neste artigo fazemos uma reflexão sobre a interface comunicação e saúde, a partir da experiência do Programa de TV Ser Saudável, exibida na TV Brasil. Tomando como referência as pesquisas sobre mídia e saúde, que revelam o foco na doença e a valorização de uma medicina superespecializada, hospitalocêntrica, mais interessada na mitologia dos resultados da ciência, apresentamos alguns resultados do imbricamento da medicina de família e comunidade na rotina produtiva da comunicação. A pesquisa qualitativa realizada com profissionais dos dois campos aponta que a aproximação com um pensamento médico voltado para a atenção primária à saúde e princípios, como a integralidade, pode contribuir para a exposição midiática de uma concepção de saúde mais próxima da realidade social brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação e Saúde; Medicina de família e Comunidade, TV Brasil

Introdução

Ao anunciar que pretende contratar médicos estrangeiros para suprir a falta de profissionais nas áreas mais carentes do país, o governo brasileiro é confrontado com uma série de argumentos de entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina, que alega falta de uma política para garantir condições adequadas de trabalho no interior e um plano de carreira que estimule os médicos brasileiros a deixarem as oportunidades oferecidas pelos grandes centros para trabalhar no interior. Esse debate traz à discussão um outro aspecto, mais latente e menos aparente, que é a falta de valorização da medicina de família e comunidade, desde a formação dos profissionais nas faculdades de medicina até a exposição midiática de um modelo biomédico, que reforça junto à população a valorização

¹ Trabalho apresentado ao GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade do XIII Encontro dos Grupos de Pesquisa em Comunicação, evento componente do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Doutoranda do Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade da Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

³ Orientadora da pesquisa. Professora doutora da Universidade Federal da Bahia.

de uma medicina superespecializada, individualizada, que reproduz a “mitologia dos resultados” proveniente dos avanços científicos, em contraponto com as precárias condições de trabalho nos Postos de Saúde da Família.

Nesse sentido, propomos neste artigo uma reflexão sobre a interface comunicação e saúde, a partir da experiência de médicos de família que atuam na apresentação e consultoria do programa Ser Saudável, exibido na TV Brasil, sob a coordenação executiva de profissionais de comunicação. Através de pesquisa qualitativa⁴ realizada com profissionais dos dois campos, percebemos a divergência entre as concepções de médicos de família e o conteúdo do programa, bem como uma crítica à prática médica que se afastou da integralidade, do humanismo e da visão holística, que são princípios norteadores da medicina de família e comunidade ainda pouco exploradas na mídia.

Nessa interface da Comunicação e Saúde, identificamos sinais de que é possível aproximar os profissionais da comunicação desse pensamento médico contra-hegemônico, com base numa formação universitária que prioriza a atenção primária à saúde, resultando, mesmo que a passos lentos, na produção de conteúdo que contribua para a divulgação de uma prática médica mais próxima da realidade social e de uma concepção de saúde mais ampla, que possa ir além do foco na doença.

Tomando como referência a mais recente pesquisa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (2010), que aponta o interesse de 81% dos brasileiros por assuntos de medicina e saúde, compreendemos o interesse da mídia pelo tema, em busca de audiência. É inegável o poder dos meios de comunicação na agenda pública, especialmente na televisão aberta que chega a quase todos os lares brasileiros. Daí a importância de abrir espaço na mídia para uma medicina mais focada na pessoa e no seu contexto, e não na doença ou nas tecnologias que a indústria da saúde pode oferecer. Visão já foi explorada em diversas pesquisas pelo país, tanto na interface Comunicação e Saúde como no campo da Divulgação-Jornalismo Científico.

Medicina de Família e Comunidade

A Conferência de Alma Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde em 1978, definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia fundamental para alcançar a

⁴ Apresentamos neste artigo resultados parciais da pesquisa de doutorado, cuja abordagem qualitativa envolve oito profissionais, quatro da comunicação e quatro da saúde.

equidade e a universalidade nos sistemas de saúde. Nesse contexto, a medicina de família e comunidade é uma especialidade médica que vai cuidar das pessoas de forma integral, levando em conta o ambiente familiar e a comunidade em que o paciente está inserido, ou seja, entendendo que o processo de saúde-doença envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. O médico de família e comunidade é aquele profissional que vai fazer o primeiro contato com o paciente, encaminhá-lo, se for o caso, para os centros de referência, mas mantendo a coordenação de todo o atendimento prestado àquela pessoa. O médico de família e comunidade atua tanto no nível individual quanto coletivo, ao lado de outros profissionais da saúde, como enfermeiros, agentes de saúde e dentistas.

Diversos estudos asseguram que o manejo adequado de 50 diagnósticos resolve a maioria (85% em geral) dos problemas de saúde apresentados pela população de uma determinada região. Embora frequentes, os problemas de saúde nesses diagnósticos nem sempre são de fácil manejo. Muitas vezes tem alto grau de complexidade e exigem considerável suporte diagnóstico e terapêutico, ainda que com menor densidade de tecnologia dura do que em outros níveis do sistema. (ANDERSON;GUSSO; FILHO;2005, p. 2)

O médico de família e comunidade não é aquele médico de família antigo, que ia à casa das pessoas, sem dispor de tecnologia ou dos avanços da ciência. O médico de família é também um gestor da saúde da pessoa, da família, da comunidade, alguém que lida com os problemas de saúde mais comuns em todas as fases da vida, da criança ao idoso, que faz um cuidado integral, continuado e de forma acessível. Segundo Anderson, Gusso e Filho (2005), em países desenvolvidos como Canadá, 55% de todos os médicos são clínicos gerais, que fazem o primeiro contato. Na Inglaterra, são 51% .

No Brasil, a especialidade de medicina de família e comunidade foi oficializada pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, sendo reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em 1986 com o nome de Medicina Geral Comunitária, passando ao nome atual a partir de 2001. O especialista nesta área no Brasil atende uma demanda do SUS- Sistema Único de Saúde, organizado no sentido da atenção primária. A Constituição de 1988 diz que saúde é um direito de todos, ou seja, o princípio de um sistema universal de saúde para as pessoas em todos os níveis, tanto nas necessidades mais básicas quanto nas mais complexas, de forma descentralizada.

A partir de 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família, inicia-se um processo de incorporação da atenção primária no sistema de saúde. A meta da Conferência

de Alma Ata (1978) que era saúde para todos no ano 2000 ainda está longe de acontecer, diante de tantos desafios na rotina de trabalho do SUS, frequentemente exposto na mídia, seja nos relatos da população, dos profissionais e suas entidades representativas que denunciam: a falta de pessoal com formação ou perfil adequado, a rotatividade de profissionais que buscam o PSF como alternativa de emprego mais rápida, a sobrecarga de trabalho da equipe, falta de centros de referência para apoio ao diagnóstico e tratamento. São fatores que comprometem a eficácia do programa, como afirmam Anderson, Gusso e Filho (2005), e colocam o médico de PSF como médico de “postinho”, sem o reconhecimento e o status da prática médica de outras especialidades. Da mesma forma, repercute negativamente também na visão de um SUS como sistema para pobre e não para todos os brasileiros.

Como instituições culturais poderosas, que criam sentidos e formam opiniões, os meios de comunicação de massa também atuam na contramão dos princípios da medicina de família e comunidade, na medida em que a difusão de bens simbólicos que dialogam com a saúde passa, prioritariamente, pelas mercadorias tecnológicas, a medicina superespecializada, os progressos da ciência. Assim, contribuem muito pouco para a formação da cultura científica de um cidadão mais crítico em relação à mitologia de resultados⁵ positivos que envolvem a ciência médica, as tecnologias de saúde e, conseqüentemente, não cumprem o direito à informação sobre outra vertente da medicina, voltada para a atenção primária, muito mais próxima da maioria da população sem plano de saúde no Brasil.¹

Saúde e Mídia – uma breve revisão

O interesse pelas novidades científicas e tecnológicas cresce a partir da segunda metade do século XX, acompanhando o aumento da capacidade de transmissão da informação, através dos meios de comunicação de massa, como o rádio, a televisão e os jornais. Nas décadas mais recentes, a manipulação genética, as pesquisas com células-tronco estão entre os temas que passaram a provocar maior interesse pelas informações científicas. Acompanhando o crescimento da produção científica, a transformação do

⁵ Ao representar a atividade científica a partir dos seus produtos, Cascais (2010) observa o problema da “mitologia dos resultados”, que surge da prática dos profissionais da divulgação e dos próprios cientistas. Cascais ressalta como a mitologia dos resultados ignora a mudança de paradigmas na dinâmica da produção científica quando fecha a ciência à argumentação, ao debate público, e limita a representação do processo científico a um resultado positivo e esperado, a uma realização finalista e cumulativa.

conhecimento científico em força produtiva de alto valor e a eficácia das tecnologias desenvolvidas pela ciência são alguns dos fatores que vinculam a ciência a uma lógica de mercado.

A área da saúde acumula muitas contribuições à melhoria da qualidade de vida da população, porém, no processo de produção de conhecimentos tecnocientíficos, os cientistas se tornaram profissionais que desenvolvem produtos de alto valor, inseridos numa cadeia produtiva internacionalizada e dominada por grupos bem organizados. No campo da saúde, as pesquisadoras Márcia de Oliveira Teixeira e Bianca Cortes afirmam que “as promessas embutidas na maciça tecnologização da prática média, por seu turno, confluem com o aumento dos custos dos tratamentos e com as restrições à sua ampla massificação” (TEIXEIRA;CORTES,2005,p.2)

Ao analisar as mídias e a mitificação das tecnologias em saúde, Valdir de Castro Oliveira observou que “tanto o combate à doença como a promoção da saúde estão sempre relacionados a algum aparelho tecnológico, a alguma invenção ou ao desenvolvimento de uma nova técnica” (OLIVEIRA, 1995, p.35). Oliveira chama a atenção para um determinismo tecnológico, que vem invertendo o papel das mídias enquanto sujeitos sociais, sem questionar o verdadeiro sentido das tecnologias e os benefícios da sua aplicação na saúde pública ou na melhoria do meio ambiente e da realidade social.

Essa visão dominante da medicina superespecializada, hospitalocêntrica, que enfatiza responsabilidades individuais, acaba por reforçar um conceito de saúde como ausência total de doença. Segundo Laplantine (2010), na cultura ocidental contemporânea, a doença é um mal a ser evitado. Além de um desvio biológico, o doente enfrenta uma desvalorização social, que se mostra na forma de preconceito em quem é portador de doenças infecto-contagiosas, como a aids, doenças incuráveis, como o câncer, e crônicas, como o diabetes. No modelo exógeno estudado por Laplantine (2010), no qual a doença tem origem num agente que vem do exterior, como os vírus, os fungos, o clima, os modos de vida, as condições ambientais e sociais, há uma relação de exterioridade da pessoa com a sua doença. Dessa forma, o cigarro, as bebidas, as gorduras, o excesso de sal e açúcar são as causas mais frequentes de doenças.

A concepção exógena da doença mais aceita na cultura ocidental reforça a relação da doença com o meio social e direciona a mídia para divulgação de aspectos preventivos, mostrando a doença em suas causas, sintomas, consequências e formas de tratamento. Porém, esse caminho exige dos meios de comunicação uma postura muito mais crítica e

menos seduzida pelas descobertas científicas e as estratégias de comunicação empresarial da indústria da saúde, fortalecidas pelo discurso da entidade especialista. Para Bueno (2007), a área da saúde é uma das mais prejudicadas com o domínio de interesses comerciais e a falta de qualificação das informações, oriundas de laboratórios, indústrias farmacêuticas, universidades, centros de pesquisa, hospitais, clínicas e profissionais da saúde: “Todos eles interessados em divulgar seus conhecimentos, seus resultados de pesquisa, seus produtos, suas tecnologias ou a sua excelência na prestação de serviços”. (BUENO, 2007, on line)

Na Bahia, recentemente, alguns estudos dentro do campo da divulgação científicaⁱⁱ tem possibilitado reflexões acerca das representações e visões sobre a abordagem de saúde nas mídias locais e nacionais. Entre os problemas diagnosticados, está a falta de qualificação dos jornalistas para escrever e falar de saúde e a falta de compreensão dos atores do setor saúde sobre a rotina produtiva das redações. Ou seja, sem qualificação a saúde fica exposta na mídia como caso de polícia, veiculando ideias associadas ao caos do sistema terciário e veicula ainda um preconceito às atividades dos centros de saúde espalhados pelos municípios brasileiros. Os programas televisivos sobre saúde ainda não possuem uma visão multidisciplinar que envolva os profissionais de saúde e de comunicação em suas fases de produção.

Dentro de um contexto local, a pesquisa de Mascarenhas⁶, jornalista da Rede Bahia, aborda a trajetória da divulgação das terapias com células-tronco para tratamento da doença de Chagas. Verificou-se que as visões sobre esse tipo de tratamento, transmitidas pela TV Bahia, TVE-BA, pelos jornais A Tarde e o Correio da Bahia não traduziram nem os fatos históricos e nem o desenvolvimento científico destas pesquisas. O enfoque destas mídias passou a ser unicamente a realização do transplante com uso de células-tronco, sem esclarecer aspectos fundamentais sobre a falta de infra-estrutura hospitalar e de equipes cardíacas em áreas endêmicas.

Enquanto a divulgação nacional incluiu verdades e mentiras que se mesclavam numa avalanche de informações, causando angústia, revolta e descrédito dos indivíduos que necessitavam entender tais procedimentos científicos sobre o uso de células-tronco para se posicionarem com relação à busca deste tipo de tratamento, na Bahia as abordagens eram superficiais e mercadológicas. É o caso, por exemplo, das notícias envolvendo a terapia

⁶ Pesquisa de Mestrado intitulada Duas realidades: A pesquisa com células-tronco para tratar pacientes com doença de Chagas nos Laboratório e na Mídia ,defendida em 2006 junto ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências da Universidade Federal da Bahia (2006)

com células-tronco, que podem trazer resultados, mas que ainda são pesquisas inconclusivas e precisam de tempo para serem avaliadas, principalmente nos casos de indivíduos que já receberam injeções de células-tronco e começaram a apresentar uma melhoria na qualidade de vida. No caso do noticiário analisado na época, percebemos que o uso de células-tronco surge como uma informação associada a “cura de doenças”, especificamente para os portadores de Chagas, o mesmo diagnóstico de Costa quando interpreta as concepções dos jornalistas do jornal A Tarde e demonstra a relação com uma visão cultural de saúde baseada na cura de doenças.

Com outra abordagem, o tema células-tronco voltou a ser objeto de estudo na pesquisa de Antonio Brotas⁷, jornalista da Fiocruz-Bahia, cujo objetivo foi investigar o tratamento dado pelas revistas nacionais, como Veja, Isto É e Época, tendo como recorte o debate sobre a liberação pelo Supremo Tribunal Federal (STF) do uso de células-tronco embrionárias. Brotas se utiliza da ideia de enquadramento das notícias nessas mídias para analisar as diferentes fontes, como a jurídica, a científica e a dos deficientes físicos e suas estreitas relações no lobby pela aprovação das pesquisas no Brasil. Também em seu trabalho percebemos a ideia de que a luta pela aprovação desta tecnologia no STF perpassou o imaginário de que haveria a cura de inúmeras doenças.

Sem aprofundar um tema específico da saúde para ser analisado, como sugere Mascarenhas e Brotas em seus trabalhos, a pesquisa de Costa (2007) aponta as concepções dos jornalistas sobre saúde veiculadas no Jornal A Tarde, em atividade na Bahia desde 1912. Segundo Costa, os temas de saúde na editoria à época intitulada Observatório, atualmente Ciência&Vida, reforçava o conceito de saúde predominante na cultura ocidental associado à ausência de doenças.

Para Laplantine (2010) há um modelo exógeno, onde a doença tem origem num agente externo, como os vírus, as condições ambientais e sociais. Essa relação de exterioridade da pessoa com a sua doença esteve presente na produção noticiosa do Jornal A Tarde, quando são veiculadas as causas das doenças, os sintomas, as conseqüências e as formas de tratamento. Outro aspecto que chama atenção é que a indústria farmacêutica apareceu travestida no discurso médico-científico, principalmente através dos textos das agências de notícias.

⁷ Doutorado no Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade da Universidade Federal da Bahia

A questão é que a maioria dos resultados encontrados pelos pesquisadores baianos não diferem dos resultados de pesquisas nacionais que vem sendo realizadas no Brasil desde a década de 80ⁱⁱⁱ. Ou seja, todos os trabalhos investigados apontam numa única direção, de que a mídia reproduz uma visão de saúde baseada num modelo biomédico e de uma medicina altamente especializada. Entretanto, os dados preliminares demonstrados neste artigo, coletados a partir de entrevistas com profissionais do programa Ser Saudável da TV Brasil (produzido em parceria com a TV Unisinos, no Rio Grande do Sul) indicam que há possibilidades concretas de que esteja em andamento um novo sistema de produção que inclua temas de saúde na TV, com ênfase na medicina de família e comunidade e este elemento pode ser pioneiro no país.

Sinais de uma nova visão de saúde no programa de TV Ser Saudável

Nesta análise sobre a interface Comunicação e Saúde, vivenciada pela equipe de profissionais da série de programas de TV Ser Saudável, tomamos como referência a abordagem de Araújo e Cardoso (2007) sobre ‘Comunicação e Saúde’, um campo em formação, resultado da associação de campos que se unem na luta compartilhada para divulgar informações sobre saúde.

Não é a perspectiva que vê a comunicação como um conjunto de instrumentos a serviço dos objetivos da saúde. As formas ‘comunicação em saúde, comunicação para a saúde, comunicação na saúde, bastante utilizadas, refletem em geral a visão instrumental de comunicação, mais corrente nas instituições de saúde. (ARAÚJO;CARDOSO; 2007, p.20).

Verifica-se o imbricamento dos dois campos na rotina produtiva, adotando o conceito de campo de Bourdieu (2001), como espaço social de relacionamentos, de lutas e negociações, em constante processo de redefinição. A série Ser Saudável surge da parceria TV Brasil/TV Universitária Unisinos (Rio Grande do Sul) e atualmente é exibida aos sábados, às 10h da manhã. A primeira temporada da série iniciou em abril de 2011 e teve 52 programas. Na segunda temporada, mais 37 programas. O último foi ao ar no dia 22 de junho de 2013, apresentando a medicina de família e comunidade. Desde o dia 29 de junho, o programa está em reprise. A experiência da série de TV Ser Saudável reflete um processo em construção de práticas e saberes entre os agentes sociais da saúde e da comunicação ao longo de pouco mais de dois anos da série.

Neste projeto, a iniciativa para o encontro partiu da comunicação e a medicina de família e comunidade chegou por acaso.

[...] todo mundo aqui conhecia alguém que tinha médico, ligou para as faculdades de medicina, entrou em contato com turma de formandos, vendo quem queria participar, colocamos anúncio no jornal.[...]No final das contas, através do anúncio do jornal, um médico do hospital de clínicas, psiquiatra, respondeu o anúncio e veio aqui[...]o projeto ser saudável atrasou seis meses e como esse médico não pode esperar, indicou o Enrique, médico de família. (sic) (Daniel Pedroso, diretor geral da série, jornalista, 2012)

O médico de família e comunidade, Enrique Barros⁸, é o apresentador da série desde o início. Atuando como médico-apresentador, ele acompanhou todo o processo de mudança ocorrido na série, desde a troca de profissionais até a inserção de novos quadros, novos profissionais e enfoques. Vindo de uma família majoritariamente de médicos, cujos pais são professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que ajudaram na implantação da medicina de família no Estado, Enrique já entrou na faculdade querendo fazer medicina de família e comunidade para superar a visão de fragmentação. E afirma: “Me sinto um ecologista, que trabalha com a ecologia humana”. Atualmente, ele é responsável por uma clínica de família em Santa Maria do Herval, pequena município a 75 km da capital Porto Alegre.

Essa visão do médico de família e comunidade, no contato com profissionais de comunicação acostumados a valorizar um pensamento médico dominante, mais visível e presente na sociedade, que prioriza a superespecialização, provoca uma tensão entre os campos. A maioria dos episódios da série tratou de algum tipo de doença, embora tentasse fazer uma abordagem a partir do contexto da pessoa, mostrada como exemplo de superação ou de boa convivência com uma doença crônica. Na primeira temporada, a equipe do Ser Saudável ainda não contava com profissionais de saúde contratados para fazer a consultoria de conteúdo e pesquisa dos temas.

[...] a gente fez mais ou menos uma busca em sites, em programas de saúde, os problemas mais corriqueiros da população. A gente queria temas que já tivessem um entendimento da população, que tivesse um grau de amplitude bem grande, que não fosse uma doença muito específica, muito rara, que de uma certa forma não pudesse ser atendida pelo SUS. Que

⁸ Concentramos neste artigo o depoimento deste médico, mas ressaltamos que o discurso da medicina de família e comunidade teve o reforço de outros membros da equipe, como o consultor de conteúdo, indicado por Enrique, e a apresentadora da segunda temporada, que também é médica de família.

fosse uma doença que todo mundo, de certa forma, conhece alguém que já teve, um parente, uma amiga. (sic). (Daniel Pedroso, jornalista, diretor geral, 2012)

A figura do médico-apresentador reforça essa tensão, na medida em que ele assume uma função da comunicação que lhe é estranha tecnicamente. O entendimento da limitação do médico, ao transitar no campo da comunicação, bem como dos profissionais da comunicação ao lidar com os temas da saúde, se torna fundamental para que os agentes dos dois campos possam redefinir papéis e concepções, que se transformem em mudanças.

Médico especialista em que? É cardiologista? Pneumo? Não, médico de família. Nossa, eu nem sabia que existia isso. Pra mim foi uma descoberta desses profissionais e com este viés em relação ao ser humano me deu aquela coisa do todo e não só da doença, especificamente. (sic) (Flávia Polo, jornalista, diretora de produção, 2012)

Me colocavam numa entrevista e aí eu queria que a entrevista fosse mais parecida possível com aquilo que eu fui treinado para fazer como médico. Então, eu fazia uma anamnese. Com o tempo eu fui me dando conta que eles querem uma conversa de alguém que tem formação de médico com uma pessoa que se trata com outro. Pra mim acho que era difícil de entender isso.[...]Eu tô aprendendo mais a ser apresentador, a falar pra câmera, ser dirigido, faz tal pergunta mais nesse momento, deixar o diretor intervir mais. São coisas que não me incomodam mais.(sic) (Enrique Barros, médico de família, 2012)

A partilha entre comunicação e medicina de família numa rotina produtiva

Ao analisar os programas de saúde produzidos pela TV Cultura de São Paulo, Bortoliero (1999) observou algumas características dos saberes que permeiam o universo do profissional de comunicação, esteja ele atuando na TV, no rádio ou no jornal: o saber científico, resultado do conhecimento dos conceitos da área médica/saúde; o saber experiencial, derivado da experiência profissional; e o saber da ação, que vem da experiência tornada pública. Bortoliero chama a atenção para o sentido do saber compartilhado que surge a partir da prática profissional negociada com outros profissionais e diferentes especialidades no campo da saúde. “São saberes profissionais construídos não só no ambiente de trabalho, nas relações com outros profissionais, mas também resultados da educação na escola, na família, do convívio em seu grupo social”. (BORTOLIERO, 1999, p.141).

Os saberes compartilhados na rotina produtiva do Ser Saudável da TV Brasil contribuíram para reconfiguração de posições e valores de agentes de cada campo, revelando sinais de que é possível a conformação do campo ‘comunicação e saúde’, que preserva os elementos de cada campo separadamente e, ao mesmo tempo, traz contribuições mútuas no processo de produção de informações sobre saúde de interesse público. Se de um lado, os agentes da comunicação passam a compreender a necessidade de dar visibilidade ao trabalho da medicina de família e comunidade, que prioriza a atenção básica e uma visão de saúde menos focada na doença e em responsabilidades individuais; De outro, os agentes da saúde também percebem a necessidade de utilizar as ferramentas da comunicação com o apoio dos seus agentes para produção de conteúdo atrativo para a audiência, que valorize a integralidade e a universalidade da saúde. Os resultados dessas trocas e acordos entre os agentes tornou-se mais visível na segunda temporada de 37 programas da série, na qual foram incluídos temas como a saúde na terceira idade e saúde do adolescente, menos focados numa doença especificamente, além de um programa, o último da segunda temporada, sobre o trabalho de equipes de saúde da família.

É engraçado porque eu senti que as pessoas se empolgaram mais fazendo, acho que se impressionaram de que realmente tem gente que acredita no que tá fazendo, pode melhorar a saúde das pessoas, que existe uma outra tecnologia. Honestamente, eu gostaria de ser atendido por uma equipe de PSF como a que eu tenho aqui. Pode até ter um médico melhor, mas eu estou todos os dias ali. São questões bem técnicas mesmo, comprovadas cientificamente que oferecem um serviço melhor de saúde. Não tem como comparar. Só que isso não aparece na TV, não aparece nos jornais. (sic) (Enrique Barros, médico de família, 2012)

Nós saímos com a equipe de médicos de família e comunidade , a gente andou no meio do mato e do nada, casas. Aqueles médicos, enfermeiros, agentes de saúde trabalhando ali em condições insalubres e apaixonados pelo que estão fazendo. Para eles é uma causa. Isso é fantástico. É uma doação impressionante. Tem aquele médico que é especificamente ali de consultório, do plano de saúde, de hospital particular que, de repente, nunca entrou numa comunidade. (sic) (Hique Montanari, diretor do programa, 2012)

O espaço da TV não comercial ganha pertinência nesse projeto, já que não tem as amarras comerciais, nem deve reproduzir o modelo das emissoras de TV comerciais, que concentram a sua ação nos grandes centros urbanos e se baseiam em índices de audiência para vender os seus anúncios. Não temos a pretensão neste trabalho de discutir o conceito de TV pública, mas consideramos que a estruturação de um campo público de televisão no

Brasil é uma vertente a ser levada em conta quando tratamos de produção de conteúdo que se aproxime das reais necessidades da população brasileira, como é o caso da atenção primária à saúde.

Quando a saúde da família parar de se achar o patinho feio, aí muda. As pessoas tem vergonha, os médicos tem profunda vergonha de fazer saúde da família, eu tenho vergonha às vezes quando to falando com o meu primo, que é gastroenterologista, o meu irmão que é internista, que são especialidades reconhecidas, aparecem na TV e todo mundo sabe o que eles fazem. Eu, ninguém sabe do jeito que eu faço. Trabalha em postinho, sabe? A comunicação pode transformar isso... Eu acho que, conforme eu for aproximando as pessoas que produzem o ser saudável desse arcabouço de pessoas que não só falam, como vivenciam, mostram, tem inúmeros casos de sucesso, vai dar certo esse projeto. Só que precisa ter perseverança. Daqui a 10,12, 20 anos, uma hora a ficha vai cair. (sic) (Enrique Barros, médico de família, 2012)

[...] a idéia é que se houver uma terceira temporada e a TV Brasil quiser continuar com a parceria, a ideia é a gente puxar para esse universo mais geral do que focar tanto na doença. Por exemplo, ao invés de falar que a pneumonia é uma doença que ataca o pulmão, que a gente fale das causas, da poluição, das mudanças climáticas, dessas causas mais sociais. (sic) (Daniel Pedroso, jornalista, diretor)

Considerações finais

A experiência da série de programas de TV Ser Saudável, resultado da articulação dos campos comunicação e da saúde, nos dá sinais de que, mesmo lentamente, o diálogo com médicos de família e comunidade pode despertar a comunicação para outra visão da medicina, muito mais próxima da realidade social brasileira e de suas necessidades. Por outro lado, também nos aponta para a importância do trabalho em equipe e da paciência para entender e aceitar as limitações dos agentes de cada campo para, efetivamente, buscar as mudanças. Nesse sentido, concordamos que é preciso ter a perseverança destacada pelo médico de família e apresentador da série Ser Saudável, Enrique Barros.

Eu acho que, conforme eu for aproximando as pessoas que produzem o ser saudável desse arcabouço de pessoas que não só falam, como vivenciam, mostram, tem inúmeros casos de sucesso, vai dar certo esse projeto. Só que precisa ter perseverança. Daqui a 10,12, 20 anos, uma hora a ficha vai cair. (sic) (Enrique Barros, médico de família, 2012)

Considerando que o último programa da segunda temporada da série Ser Saudável, exibido no dia 22 de junho de 2013, é o que mais se aproxima da visão de medicina de família e comunidade em seu conteúdo, ao mostrar o trabalho de equipes de saúde da

família, percebemos que, mesmo sem a intenção inicial de seguir esse caminho, a equipe do Ser Saudável, a despeito de uma rotina produtiva que impõe limites, prazos e diferentes concepções de saúde, demonstra sensibilidade para aceitar novos desafios.

Acreditamos que os avanços na interface Comunicação e Saúde na luta para levar informação de saúde à população passa por uma maior capacitação dos profissionais da comunicação sobre as questões sociais e os interesses que envolvem o sistema de saúde brasileiro, bem como uma melhor preparação dos profissionais da saúde para lidar com a comunicação, pensando na sua importância como parceira e não como uma simples ferramenta. Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade e a Comunicação conseguiram plantar no Ser Saudável a semente de princípios, como a integralidade, que pode nos afastar de uma visão da medicina *high-tech*, que estimula a medicalização, a venda de novas tecnologias, distante do sentido social da saúde e da comunicação, como direitos do cidadão brasileiro.

Neste século devemos avançar em nossas reflexões da seguinte forma: precisamos com urgência do levantamento de bons exemplos de divulgação de temas de saúde nas mídias locais e nacionais. São necessários diagnósticos e estudos de caso que demonstrem como fugir do esquema - saúde é doença. Todas as condições históricas, bem como aspectos culturais, políticos e ideológicos, além da formação educacional e familiar de quem produz conteúdo sobre saúde, devem ser investigados nas diferentes regiões brasileiras. O intuito deve ser o de verificar como são adquiridos, acumulados e reproduzidos esses saberes apreendidos e como se refletem nos programas televisivos e em outros meios de comunicação pelo país afora.

Referências Bibliográficas

ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo; FILHO; Eno Dias de Castro. **Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade**. Revista APS. V.8.n.1, p.61-67, jan./jun.2005.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 3ª Ed., rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2000.

BORTOLIERO, S. T. (1999). **Os programas de saúde na TV Cultura de São Paulo: os saberes profissionais**. Tese de Doutorado em Comunicação - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil.

_____. **Saberes profissionais compartilhados: o diálogo entre jornalistas e especialistas da saúde na TV Cultura**. Artigo apresentado no XXIV Congresso Brasileiro da Comunicação – Intercom, Campo Grande/MS, 2001.

BROTAS, A. **Os quadros (frames) culturais da ciência em tempo de controvérsia pública: análise do enquadramento (framing) da cobertura realizada pelas revistas semanais sobre células-tronco no Brasil**. Salvador, 2011. Programa de pós-graduação em cultura e sociedade da UFBA (tese de doutorado)

BUENO, Wilson da Costa. Jornalismo científico: resgate de uma trajetória. **Comunicação da Ciência: análise e gestão**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. p. 11-23

_____. **A cobertura de saúde na mídia brasileira: sintomas de uma doença anunciada**. Disponível em: <<http://www.jornalismocientifico.com.br>>. Acesso em: 3 abr. 2007.

CASCAIS, Antônio F. **Divulgação Científica: a mitologia dos resultados**. Disponível em: <www.bocc.ubi.pt>. Data de acesso: 23 jul 2010.

COSTA, Márcia Cristina Rocha. **Ciência e Mídia: a divulgação científica na seção Observatório do jornal A Tarde no Estado da Bahia**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa Multidisciplinar em Cultura e Sociedade da UFBA, Salvador, 2007.

_____. **Saúde, Doença, Ciência e Tecnologia: as concepções de profissionais do jornal baiano A Tarde**. Artigo publicado na Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, v.6,n.4. Suplemento, fev.,2013.

LAPLANTINE, Francois. **Antropologia da Doença**. 4ª Ed. - São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

MASCARENHAS, C. **Duas realidades: A pesquisa com células-tronco para tratar pacientes com doença de Chagas nos Laboratório e na Mídia**. Salvador, UFBA, 2006. Programa Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências da Universidade Federal da Bahia (dissertação de Mestrado)

OLIVEIRA, Valdir Castro de. **Os mídias e a mitificação das tecnologias em saúde**. In: PITTA, Aúrea M. da Rocha (org.). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios** São Paulo: Hucitec. 1995, p.38-47.

TEIXEIRA, Márcia de Oliveira; CORTES, Bianca Antunes. **Ciência e Cultura**. São Paulo, v.57, n.1, jan./mar.2005.

ⁱⁱ Dados recentes publicados na revista ISTO É, em sua reportagem especial intitulada O Brasil tem metade dos médicos que precisa (pg38-47), 10 de julho de 2013, ano 7, n. 2277, apontam que o país tem cerca da metade dos médicos que uma nação civilizada necessita. Entre as regiões do país, o Sul tem a maior proporção de especialistas e o Maranhão, a menor. Verifica-se que a própria revista ISTO É reafirma a necessidade de uma melhor distribuição de especialistas e não discute a possibilidade de uma mudança na formação dos médicos brasileiros no que diz respeito a maior investimento em medicina de família e comunidade.

ⁱⁱ Dissertações de mestrado e tese de doutorado realizadas dentro dos Programas de Pós-graduação em Cultura e Sociedade e Pós-graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, ambos da UFBA.

ⁱⁱⁱ Os programas de saúde na TV Cultura de São Paulo da autora Simone Bortolero foi uma tese de doutorado pioneira nesse campo ao tratar os saberes que os jornalistas tem sobre saúde. Neste trabalho passamos a entender o que pensam esses profissionais e como suas visões também estão baseadas num modelo de medicina ocidental.