

O CINEMA DE ANIMAÇÃO E O IMAGINÁRIO DA SAÚDE, DA ATENÇÃO E DO CUIDADO: CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Regina Zanella Penteadó *

Pedro Henrique Giambroni Neves Rodrigues**

Resumo: O objetivo é realizar uma leitura do imaginário da saúde na linguagem do cinema de animação. As leituras são direcionadas para o repertório imagético e sonoro do protagonista Baymax, na animação “Operação Big-Hero”, atentas ao corpo/corporeidade/expressividade desse personagem; elas se encontram ancoradas em Mikhail Bakhtin (Grotesco), Pierre Bourdieu (Hexis e Habitus), Esther Díaz (Imaginário Social) e referenciais da Saúde Coletiva e possibilitam reflexões concernentes ao conceito de saúde, ao modelo de atenção e às formas de cuidado hegemônicas na sociedade. O estudo evidencia que o cinema de animação, enquanto prática educativa que integra o cotidiano do público infanto-juvenil e seus familiares, por ratificar imaginários que afirmam estereótipos tradicionais das práticas de saúde, acaba por dificultar a abertura necessária para a educação transformadora da sociedade e da formação dos profissionais da saúde; e mostra como uma mudança nos modos de ver, pensar, lidar e fazer saúde não ocorre apartada da cultura.

Palavras-chave: Educação. Saúde Coletiva. Linguagem. Imaginário.

Abstract ou Resumen: The purpose is to conduct a reading of the imaginary involving health in the language of animation movies. The readings are directed to the imagetic and sound repertoire of the main character Baymax, in the animation movie “Big Hero 6”, focusing on this character’s body/corporiety/expressivity; these are anchored in Mikhail Bakhtin (Grotesque), Pierre Bourdieu (Hexis and Habitus), Esther Díaz (Social Imaginary) and references in the field of Collective Health and enable reflections on the concept of health, the healthcare attention models and on the most prevalent forms of care in society. The study shows that animation movies, used as an educational practice that integrates the daily lives of young audiences and their family members, ratify

*Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP,
Piracicaba, SP, Brasil.

Pós-Doutorado em Educação pelo Instituto de
Biotecnologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho – UNESP.
Rio Claro, SP, Brasil.
E-mail: rzpenteadó@unimep.br

**Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP,
Piracicaba, SP, Brasil.

Graduando em Rádio, Televisão e Internet pela
UNIMEP.

E-mail pedro.hgnr@gmail.com



REVISTA
MEMORARE



www.portaldeperiodicos.unisul.br

ISSN 2358-0593

imaginaries that affirm traditional stereotypes of healthcare practices, thus making the necessary openness for education that will transform society, as well as training of health professionals, more difficult. It also shows how a change in ways of seeing, thinking, dealing and making health does not occur separately from culture.

Keywords: Education. Collective Health. Movie. Language. Imaginary.

1. Introdução

A saúde é um território de práticas em permanente estruturação e os novos discursos no campo da Saúde Coletiva, no cenário nacional e mundial, implicam em esforços de revisão e mudanças no pensar e no fazer saúde, com impactos na formação dos profissionais da saúde: reformulações das matrizes curriculares dos cursos, com inserção de disciplinas voltadas para as questões de Saúde Coletiva, e revisão dos processos de ensino-aprendizagem na busca de metodologias ativas e participativas (CECCIM, 2006; MITRE *et al.*, 2008; CASATE; CORREA, 2012).

No Brasil, as disciplinas de Saúde Coletiva buscam contemplar a política de saúde vigente (Sistema Único de Saúde/SUS) e o novo modelo de atenção que, fundamentados nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, valorizam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). Algumas universidades optam, inclusive, pelo oferecimento de disciplinas em tronco comum de vários cursos para favorecer o encontro interdisciplinar dos discentes em processos educativos orientados para a formação teórico/prática dos profissionais da saúde na perspectiva da integralidade

As novas possibilidades para a educação e a formação dos médicos e de demais profissionais da saúde envolvem processos educacionais que respondam a necessidades como: conhecimento das diferentes concepções e conceitos de saúde; reorientação do

Modelo de atenção à saúde, pautado pela integralidade, interdisciplinaridade/transdisciplinaridade, intersetorialidade e humanização e orientado para a promoção da saúde coletiva e da qualidade de vida; ampliação da concepção da produção do cuidado; reconstrução das práticas, por meio de abordagens problematizadoras e estratégias de integração universidade/pesquisa/serviços ou



ensino/pesquisa/extensão; ampliação de cenários de ensino-aprendizagem; comprometimento com a construção do Sistema Único de Saúde /SUS; conhecimento da realidade e das demandas sociais e comunitárias que repercutem na Saúde Coletiva; desenvolvimento de visão crítica e reflexiva sobre a profissão e suas práticas; conhecimento em Educação para a promoção da saúde; formação atenta à realidade social, cultural e educacional, entre outras (AYRES, 2004a, 2004b e 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; AMORETTI, 2005; AZEVEDO, VILAR 2006; BUSS; FILHO, 2007; MILTRE *et al.*, 2008; BACKERS *et al.*, 2009; CASATE; CORREA, 2012; VASCONCELOS, RUIZ, 2015; VELLOSO *et al.*, 2016).

A formação dos profissionais da saúde e da educação precisa, ainda, ater-se às necessidades e realidades social, cultural e educacional das comunidades/populações; levando em conta que as práticas educativas ocorrem em diferentes espaços sociais (escolares e não escolares), contextos (formais e não formais) e ambientes (incluindo o midiático/digital). Há que se observar como os conhecimentos e os conteúdos concernentes a essas áreas são tratados nos produtos veiculados nas/pelas diferentes mídias, suas linguagens, discursos e textos (inclusive os imagéticos); o que implica na necessidade de leitura crítica da mídia para melhor compreender seus enunciados. É preciso levar em conta que, na atualidade, o processo de produção e divulgação da informação e do saber encontra-se atravessado pela mídia e seus produtos; e que eles configuram recursos pedagógicos complementares nas práticas educativas e processos de construção do conhecimento (PECHULA; GONÇALVES; CALDAS, 2013).

No cenário contemporâneo as mídias e seus produtos difundem o imaginário de uma sociedade e uma cultura. As imagens midiáticas contribuem na construção da hegemonia cultural contemporânea e têm função pedagógica-educativa, uma vez que elas difundem representações, conhecimentos, saberes, informações, conceitos, teorias, cultura, crenças, hábitos, práticas, juízos éticos e estéticos e contribuem para a formação das individualidades (LOUREIRO; DELLA FONTE, 2003).

Diversos estudos versam sobre o emprego de produções cinematográficas na educação escolar e na formação de professores; e na educação médica filmes tipo documentários, longas-metragens e seriados também são reconhecidos como recursos de aproximação entre as áreas de Humanidades e Saúde, com resultados positivos na dinâmica do processo de ensino-aprendizagem e produção de conhecimento, de



sensibilidades e de humanização do olhar do discente (BLASCO et al, 2005; LANDSGERG, 2009; BLASCO, 2010; SÁ, TORRES, 2013).

Já o cinema de animação (produção midiática dirigida para o entretenimento do público infanto/juvenil e suas famílias), seja em filmes de curta ou longa metragens, não costuma ser aproveitado no ensino superior. As poucas referências da literatura, nesse sentido, correspondem à área de humanidades, especialmente da Pedagogia e da Psicologia e a pesquisas desenvolvidas com escolares da Educação Básica e com professores em contextos educacionais de formação inicial e continuada. Não são encontradas referências de emprego de animações nos processos educacionais e contextos formativos de profissionais da saúde (cursos de Medicina, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia, Fisioterapia, Educação Física - para citar alguns).

As produções cinematográficas de animação merecem ser valorizadas como prática social e educativa que integra a experiência cultural de crianças, adolescentes e suas famílias podendo contribuir para potencializar os processos educacionais que ocorrem nos espaços escolares e em outros espaços sociais, inclusive na educação superior, nos contextos de formação de profissionais das áreas de Saúde, Educação e Comunicação (RODRIGUES, PENTEADO, 2016).

O objetivo desse artigo é realizar uma leitura do o imaginário social da saúde na linguagem de um filme de animação.

O estudo focaliza a linguagem fílmica da produção cinematográfica de animação “Operação Big-Hero”, no repertório imagético e sonoro do protagonista Baymax, com atenção centrada no corpo/ na corporeidade /na expressividade desse personagem. As leituras são orientadas por algumas perguntas: ao imaginário de qual profissional da saúde responde o personagem Baymax? Qual é o imaginário de modelo de atenção ao qual ele se atrela? E qual é o imaginário de cuidado subjacente? As discussões abordam, principalmente, temáticas como o conceito de saúde, o modelo de atenção e as formas de cuidado e os modos de ser e de fazer do profissional médico.

O estudo colabora com a discussão do papel das mídias digitais e da indústria cultural do entretenimento na educação e formação do imaginário social de crianças, adolescentes, jovens e adultos; o que ocorre mediante processos educacionais e culturais que se dão fora da escola e que repercutem na escola básica e na educação



superior, na formação médica e de demais profissionais da saúde.

2. Operação Big Hero

Ficha técnica: Operação Big Hero (Big Hero 6). **Direção:** Don Hall / Chris Williams. **Estúdio:** Walt Disney Pictures. Gênero: Animação. Ano: 2014.

Sinopse: Na cidade fictícia de San Fransokyo, Hiro é um garoto prodígio que, aos 13 anos, criou um poderoso robô para participar de lutas clandestinas, onde tenta ganhar dinheiro. Seu irmão, Tadashi, deseja encaminhá-lo para o centro universitário de desenvolvimento tecnológico onde trabalha com pesquisas e inovações. Hiro visita o laboratório de pesquisas, conhece os protótipos em testes e os amigos de Tadashi e se interessa em estudar ali. No entanto, para matricular-se, ele precisa realizar uma grande invenção que convença o professor Callahan de seu potencial. Hiro desenvolve e apresenta sua inovação: os *microbots*, que atraem a atenção não somente do professor, mas também de um poderoso empresário. Mas, Tadashi morre tragicamente em um incêndio na Universidade e Hiro, deprimido e revoltado, recebe auxílio inesperado por parte de um robô criado por Tadashi para ser um agente pessoal de saúde com potencial de revolucionar a medicina moderna: Baymax. Para Hiro, Baymax se transforma em mais que isso: um verdadeiro herói e seu melhor amigo.

3. Orientações das leituras empreendidas

Neste estudo, a análise da linguagem filmica é referenciada especialmente pela obra de Martin (2013), que considera diversos elementos cinematográficos: atores, texto, diálogos, interpretação, gestos, movimentos, cenário, iluminação, cor, decoração, objetos, adereços, figurino, enquadramentos, planos, ângulos de filmagem, movimentos de câmera, montagem, transições, símbolos e metáforas, som, voz, “voz over”, efeitos sonoros, ruídos de cena, trilha sonora musical e outros (MARTIN, 2013). Outros estudos poderão complementar a discussão, uma vez que abordam aspectos específicos, como a cor (BARROS, 2006; FERNANDES, 2008), e a voz e a fala (FERREIRA *et al.*, 2010; LIMA, RECHENBERG, 2015).

A concepção de imaginário sobre a qual encontra-se pautado o estudo é



referenciada por Esther Díaz, para quem o imaginário social se constitui a partir de uma complexa rede de relações que engloba os discursos, as práticas sociais, os valores, os gostos, as ideias, as crenças, as verdades, as condutas, as resistências e as formas de pensar, de sentir e de agir que circulam e que ocorrem em uma sociedade e uma cultura (DÍAZ, 1998). Para essa autora, a manifestação do imaginário social se dá na esfera do simbólico (linguagem) e nas ações concretas ente as pessoas (práticas sociais), regulando condutas e produzindo efeitos e materialidades sobre as pessoas, as suas relações, as suas existências, os seus corpos, a sua saúde, as suas vidas – enfim, sobre as realizações humanas em geral.

As relações entre corpo/corporeidade/expressividade, cultura e imaginário social levam em conta os componentes culturais do grotesco, do riso e da espetacularização. O grotesco quase sempre resulta de um conflito entre cultura e corporeidade, no qual há um rompimento com a tradição e uma produção de tensão capaz de provocar efeitos como: riso, espanto, surpresa, estranheza, absurdo, perturbação. O corpo ou a corporeidade, no grotesco, apresentam-se ligados à cultura popular e abertos a ampliações, extravagâncias anatômicas, misturas, dualidades, permutações, transformações e hibridismos. Detalhe: o princípio cômico é imprescindível no grotesco (BAKHTIN, 1999; SODRÉ; PAIVA, 2002).

As leituras concernentes à corporeidade e à expressividade do personagem Baymax são, também, aqui, orientadas pelos conceitos de *hexis* corporal e *habitus*, de Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1988, 2010, 2011). *Hexis* é a conformação do corpo (físico) bem como a maneira de se servir dele; e diz respeito à dimensão que possibilita a internalização das conseqüências das práticas, posições e identidades sociais, bem como a sua exteriorização por meio da postura, da atitude, dos movimentos corporais, da expressão facial, dos usos da voz, dos modos de falar, de gesticular, de olhar, de andar, de sentar, de manejar instrumentos, dentre outras coisas (BOURDIEU, 1988, 2010, 2011). *Hexis* integra o *habitus*, o qual se refere a uma subjetividade socializada, um conjunto de esquemas de percepção, de apropriação e de ação experimentados quando se desenvolvem determinadas funções do agir cotidiano e/ou determinadas práticas na conjuntura de um campo (BOURDIEU, 2010). Leva-se em conta que, na configuração cultural contemporânea, o processo de construção dos *habitus* individuais e profissionais passa a ser mediado pela coexistência e interdependência de distintas



instâncias produtoras de educação, de cultura, de socialização, de valores e de referências identitárias: a família, a escola e a mídia (SETTON, 2002).

A saúde é entendida, neste estudo, a partir de uma compreensão ampliada, positiva e dinâmica de processo Saúde-Doença-Cuidado que ambientado nas circunstâncias de vida e relacionado com a qualidade de vida, sofre a ação de fatores condicionantes, determinantes e intervenientes de variadas ordens (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Com base na atual política pública de saúde nacional, o Sistema Único de Saúde /SUS, os níveis de atenção à saúde são arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares e com continuidade da atenção e coordenação do cuidado, na busca de coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde (MENDES, 2010).

No que concerne à atenção à saúde, visualizam-se três níveis, sendo que a atenção pode variar do menor nível até o de maior nível de densidade tecnológica (BRASIL, 2000; MENDES, 2010):

*Primário (Atenção Primária à Saúde, configura a porta de entrada do sistema, representada pelos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por profissionais da saúde com formação generalista e apoio de equipes interdisciplinares da Estratégia de Saúde da Família (ESF); com ações orientadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como realização de consultas, exames e procedimentos menos complexos; visa aproximação do serviço às necessidades de saúde e as características das comunidades (BRASIL, 1990; MENDES, 2010).

*Secundário (em ações de recuperação, intervenções e procedimentos de média complexidade e tratamentos de casos crônicos e agudos de doenças - realizados em Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolares);

*Terciário (manobras mais invasivas e de maior risco à vida; procedimentos de alta complexidade - hospitais de grande porte).

Considera-se ainda aqui, as Redes de Atenção à Saúde, como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços vinculados por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, na oferta de atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e prestada de forma humanizada, com qualidade certa, em tempo certo, lugar certo e sob custo certo, sob vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes, a população e os



níveis de gestão do sistema de saúde. As redes têm sido apontadas como estratégia para consolidação dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde; sendo que o centro de comunicação e de intercâmbios das redes é constituído pela atenção primária à saúde - unidade de atenção primária à saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família (MENDES, 2010).

Ressalta-se aqui, que tal compreensão opõe-se aos sistemas fragmentados hegemônicos e tem sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, e que se caracterizam por: atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; ênfase nas intervenções medicamentosas, curativas e reabilitadoras; atenção centrada no cuidado profissional médico; financiamento por procedimentos; pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros; inexistência da continuidade da atenção; população adstrita à responsabilização; dentre outros (MENDES, 2010).

Neste estudo entende-se que o cuidado deve ser compreendido a partir de uma perspectiva integradora de tensões e capaz de superar as concepções inadequadas e dicotômicas dos binômios cuidar/educar, natureza/cultura, corpo/mente, emoção/razão, teoria/prática e outros. O cuidado deve dar-se a partir da interdisciplinaridade e do compartilhamento e da co-responsabilização entre os membros das equipes multiprofissionais, pois os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos, necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo (MENDES, 2010). A produção do cuidado, orientada por concepções de sujeito social, implica em interesse, acolhimento, vínculo, empatia, afetividade, envolvimento, preocupação, ocupação, respeito, apoio, proteção e responsabilização nas práticas construídas a partir de cada experiência vivida, em um processo socialmente partilhado, pautado no diálogo e na interação; trata-se de um cuidado vinculado a processos de respeito ao ser humano, educação, emancipação e autonomia (AYRES, 2004-a, 2004b e 2009; FREIRE, 2013).

A compreensão de processo saúde-doença-cuidado envolve, portanto, uma complexa trama de relações, representações e percepções, nas quais se entrelaçam aspectos amplos de vida e da morte, orientações filosóficas e dimensões específicas ligadas aos experimentos, às tecnologias, aos protocolos clínicos e terapêuticos, aos



modelos de formação dos profissionais da saúde, à institucionalização e regulamentação das profissões da saúde, bem como às organizações sociais nas quais se inserem as instituições e práticas de saúde (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

A apresentação dos resultados das leituras dos imaginários inicia-se com uma breve contextualização e caracterização do cenário e contexto de produção da animação e, a seguir, focaliza protagonista Baymax, com atenção para o corpo/a corporeidade/ a expressividade do personagem, o que possibilita a discussão acerca dos imaginários da saúde, da atenção, e do cuidado. Algumas perguntas são balizadoras das discussões:

- a) A quais carências/expectativas/anseios/desejos responde a idéia de um robô agente de saúde?
- b) A estrutura física/corporal de Baymax, bem como as maneiras do robô dela se servir; a expressividade, os movimentos, as posturas, os gestos, as maneiras de manipular instrumentos, as expressões faciais, os modos de olhar, de falar e o que diz, de usar a voz (*hexis* corporal) respondem às representações de qual/is identidade/s social/is e/ou profissional/is (*habitus*)? A que profissional da saúde corresponde o personagem Baymax, na animação?
- c) Por que um único robô e não uma equipe? Qual é o modelo de atenção e nível de atenção à saúde aos quais correspondem o repertório imagético e sonoro e as práticas do agente de saúde Baymax?
- d) Qual é o conceito de cuidado implícito na animação?
- e) Em que medida o imaginário expresso na animação representa as tendências e necessidades de mudanças mundiais em curso na Saúde Coletiva e na formação dos profissionais da saúde?

4. Baymax e a leitura dos imaginários

Baymax: robô agente pessoal de saúde

O cenário da animação é a cidade fictícia “San Fransokyo”, uma fusão das metrópoles São Francisco (Estados Unidos) e Tóquio (Japão), importantes polos culturais, educacionais, industriais e, principalmente, de inovações tecnológicas - berços de empresas de *softwares*, *Startups*, redes e serviços *on-line* (São Francisco) e de mercado de *hardwares*, robótica e mecatrônica (Tóquio). “San Fransokyo” evidencia,



na linguagem fílmica, a metáfora da alta tecnologia.

Já no tocante à saúde, há que se observar que, em tratando-se de uma produção fílmica norte-americana que integra elementos culturais das sociedades norte-americana e japonesa, ambos os países carecem de uma política de saúde pública/coletiva que ofereça atenção integral e acesso aos serviços de atenção básica, de média e de alta complexidade, como um direito de todo cidadão, como é a realidade do Sistema Único de Saúde/SUS brasileiro (não vem ao caso, neste artigo, discutir as dificuldades enfrentadas na implantação/construção e na operacionalização do sistema no Brasil). Isso implica em reconhecer que as populações destes países apresentam carências e necessidades que mobilizam demandas, motivações e desejos de consumo relacionados ao imaginário de fácil acesso aos serviços de atenção à saúde.

Deste modo, aqui entende-se que a ideia de criação de um robô “agente pessoal de saúde” - que se possa adquirir e levar para casa; que preste-se a ser um agente pessoal de saúde que proporcione atendimento personalizado com funções e papéis que identificam-se com os de um médico confiável e sempre pronto e disponível para oferecer seus serviços dia e noite (24 horas); além de tudo contando com recursos, medicamentos, equipamentos, materiais e condições adequadas para o desempenho de suas práticas profissionais - responde exatamente ao imaginário do desejo ao acesso e consumo de bens e serviços de saúde coletiva; entretanto não esconde os descompassos entre os avanços médicos e assistência médica de qualidade.

Destaca-se aqui, que autores ressaltam o problema dos processos de “robotização” e de instrumentalização do profissional médico e de colonização empresarial e mercantilização da medicina, tomada como objeto de lucro de um mundo capitalista que busca alimentar o mercado no uso de aparelhos, equipamentos, tecnologias e procedimentos e produtos médico-farmacêuticos. Trata-se de observar as distorções que o mercado da biotecnologia introduz na educação médica e da exploração da medicina contribuindo para a transformação do trabalho médico em produto de mercado (SALLES, 2010) - contrariamente à necessidade social de formação de recursos humanos para a organização do Sistema Único de Saúde: de profissionais aptos a acolher e integrar as demandas e necessidades da assistência/ da população aos objetivos sociais de pesquisa (AMORETTI, 2005).



Os imaginários do profissional médico e de modelo de atenção

O corpo/a corporeidade do personagem Baymax apresenta condições de permutações, transformações e hibridismos tal como o corpo na cultura do grotesco (BAKHTIN, 1999): ao longo da trama, apresenta diferentes formas/versões: a original, a de transição e a final.

Em sua forma/versão original Baymax “repousa” em uma maleta vermelha de primeiros socorros e é acionado por comando de voz sempre que alguém grita de dor e/ou desconforto, saindo da maleta e inflando até assumir uma forma corpórea que se assemelha à figura humana em tamanho extra-grande e gorda. Os primeiros socorros envolvem a atenção em casos de urgência e emergência; dizem respeito ao atendimento inicial e a assistência médica imediata a pessoas em situações de ferimentos, eventos traumáticos, danos físicos e doenças. Nota-se que o foco de ação de Baymax prioriza o aspecto curativo; sendo o robô desativado assim que o problema é sanado/remediado. São, portanto, afirmados os níveis de atenção secundário e terciários, com ações de média e alta complexidade e emprego de alta tecnologia (MENDES, 2010).

Quando acionado, Baymax assume uma forma corpórea grande e gorda que apresenta deformidades, malformações e desproporções corporais coexistentes com outras características do grotesco: as ampliações e as extravagâncias anatômicas (BAKHTIN, 1999). A figura corpórea de Baymax é uma caricatura da obesidade e uma expressão cultural do grotesco na mídia contemporânea, tratada pela via cômica – princípio imprescindível no grotesco (BAKHTIN, 1999; SODRÉ; PAIVA, 2002). O sobrepeso/a obesidade, presentificados na corporeidade de Baymax, são problemáticas de Saúde Coletiva, pois configuram - ao lado do sedentarismo, da alimentação não saudável, do tabagismo e do alcoolismo - principais fatores de risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis/DCNT (doenças do aparelho circulatório, acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão, câncer, diabetes e outras) que configuram as maiores causas de morte no mundo. Cabe, ainda, observar que a forma como a obesidade é apresentada na animação, pela via do ridículo e de modo cômico e grotesco (BAKHTIN, 1999; SODRÉ; PAIVA, 2002), exprime o imaginário negativo da sociedade acerca da obesidade.

No lado esquerdo do peito de Baymax (em posição que remete à do coração



no ser humano) é abrigado um *chip* eletrônico verde, com o desenho de um rosto sorridente em cor branca com equipamentos de uso médico acoplados: estetoscópio e um “doctor head mirror”. A cor verde, na linguagem cinematográfica, representa estabilidade, tranquilidade, esperança, natureza, vitalidade, crescimento e rejuvenescimento; sendo associada à cura e à saúde (BARROS, 2006; FERNANDES, 2008). Já o branco remete à neutralidade, às possibilidades, ao vazio, à paz, à limpeza, à pureza e à assepsia (BARROS, 2006; FERNANDES, 2008). Tanto a cor verde como a branca são empregadas em logotipos de cooperativas da área médica; na confecção de jalecos dos profissionais da saúde; na paramentação médica para atendimentos e procedimentos clínicos e cirúrgicos; bem como na arquitetura, na decoração e no mobiliário de ambientes de uso hospitalar e clínico.

A voz de Baymax caracteriza-se pela qualidade vocal neutra e parâmetros vocais de modulação rica, ressonância equilibrada, *loudness* (sensação de intensidade) média, *pitch* (sensação de frequência) grave, velocidade de fala média, articulação precisa e coordenação pneumofonoarticulatória; de tal maneira que remete à psicodinâmica vocal de pessoa adulta e masculina ajudando a compor o personagem (BEHLAU et al., 2001; FERREIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2015). Vale ressaltar que praticamente nenhum dos recursos vocais de Baymax corresponde ao estereótipo de uma voz robotizada, o que confere ao personagem uma aura de humanidade. Estudos com jornalistas mostram que as características vocais responsáveis pela inferência de confiabilidade são: intensidade mais elevada, *pitch* agravado em vozes masculinas, ritmo dinâmico com pausas breves e presença de ênfases (PANICO, FUKUSIMA, 2003); e estudos com animações televisivas mostram que as vozes de personagens heróis apresentam ressonância equilibrada e psicodinâmica vocal de jovialidade, alegria, coragem e ansiedade (LIMA, RECHENBERG, 2015). A expressividade vocal do personagem Baymax contribui, portanto, para a configuração de uma psicodinâmica vocal de humanização, credibilidade, confiabilidade e heroísmo. De certa forma, isso expressa o imaginário das expectativas dos usuários dos serviços e daquilo que esperam encontrar quando buscam atendimento dos profissionais da saúde: uma atenção humanizada, que inspire confiança e credibilidade, profissionais heroicos a tratar-lhes e a curar-lhes de seus males e sofrimentos.



A observação da corporeidade e da expressividade de Baymax em suas posturas, movimentos, dizeres, modos de olhar, observar, tocar, pensar e de agir exprimem as práticas médicas, os protocolos e procedimentos de atendimento e conduta, os processos de entrevista/anamnese, de avaliação e diagnóstico e de prescrição e terapêutica compatíveis com a *hexis* corporal e o *habitus* (BOURDIEU, 1988, 2010, 2011) do profissional médico, especialmente atuando nas especialidades clínica geral, laboratorial, radiologia e diagnóstico por imagens. A barriga converte-se em uma tela para apresentação e/ou projeção de imagens de resultados de protocolos clínicos médicos, escalas e avaliações (“Em uma escala de um a dez, qual é o nível da sua dor?” - figura 1-A); em equipamentos, instrumentos, testes, exames radiológicos (“Vou escaneá-lo.” – figura 1-B) e laboratoriais (“Seus níveis hormonais e neurais indicam variações de humor.”); instrumentais médicos (desfibrilador - figuras 1-C e 1-D) e diagnósticos médicos (“leve escoriação no braço.” – Figura 1-E). A gestualidade de Baymax também integra práticas terapêuticas e medicamentosas (“Eu sugiro um spray antibacteriano.” – figura 1-F).

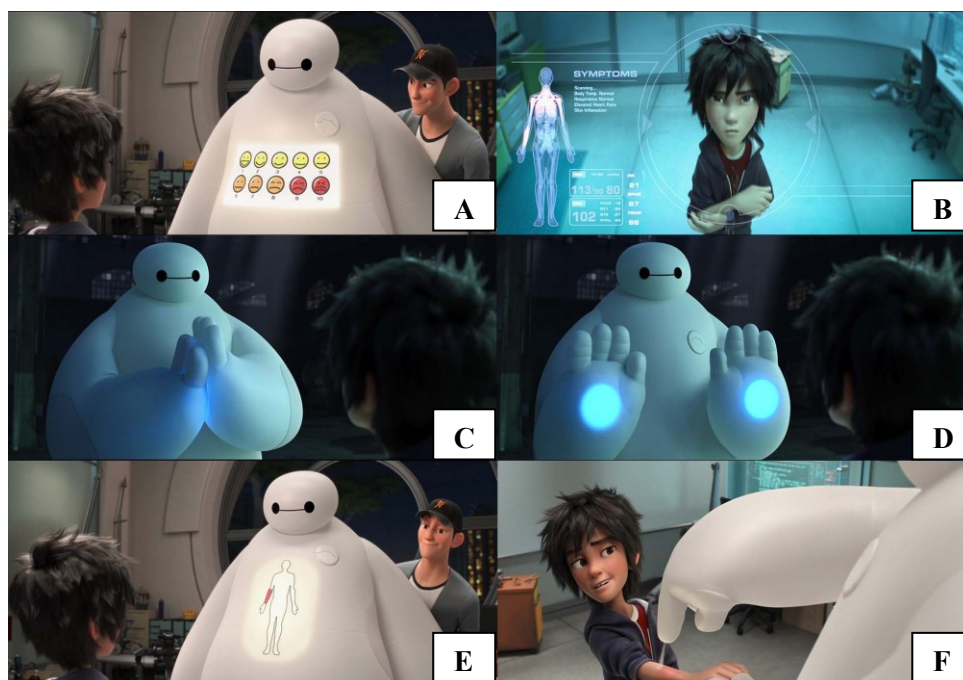


Figura 1 – Procedimentos “médicos” de Baymax (A, B, C, D e F).
 Fonte: Operação Big Hero, 2014.



No rol de procedimentos pode se observar uma tendência à valorização do emprego da tecnologia de ponta da medicina contemporânea, com pouca ou nenhuma valorização das práticas populares e de medicina alternativa e/ou complementar. Não se trata aqui de negar a importância e as facilidades do emprego da tecnologia nas práticas cotidianas e no trabalho de quaisquer profissionais. Mas cabe observar que a alta tecnologia em saúde responde a demandas e necessidades que se encontram na leitura da complexidade dos casos, dos contextos e realidades e do nível de densidade tecnológica da atenção (BRASIL, 1990; MENDES, 2010).

Além disto, é possível notar a lógica da fragmentação do corpo, sendo este destituído de história e de sentidos. No segundo encontro de Baymax com Hiro, um exame “neurológico” registra a presença do gene GPR54, responsável por desencadear mudanças hormonais na puberdade e isso possibilita o “diagnóstico” que explica as variações de humor de Hiro e o prognóstico de possibilidade de desequilíbrios psíquicos (Figura 2). Na mesma linha, em outro momento, um novo exame de Hiro explica o seu estado de alegria e felicidade a partir da simples constatação da elevação dos níveis dos hormônios dopamina, epinefrina e serotonina que, de modo geral, relacionam-se às sensações de prazer e de bem-estar. Ou seja, a animação expressa um imaginário de saúde fragmentada, no qual o sujeito se substantiva na aparência do corpo e passa a inscrever sua biografia a partir de parâmetros biológicos, neurológicos e bioquímicos (CERQUEIRA, 2012).



Figura 2 – Exames e diagnósticos de Hiro, na perspectiva de Baymax.
Fonte: Operação Big Hero, 2014.

Nesse imaginário não há brechas para uma compreensão integral do ser; já que não permite que as variações de humor, os comportamentos, as angústias, as dores, os sofrimentos, os sentimentos e as emoções sejam valorizados na relação com a história, as circunstâncias vividas ou as relações sociais vivenciadas pelos sujeitos/personagens. Práticas terapêuticas que se encontram no campo de ação da



Psiquiatria, da Psicologia e da Psicanálise, por exemplo, sequer são citadas. A saúde mental é tratada de modo secundário aos elementos físicos, orgânicos e bioquímicos passíveis de serem medidos, calculados, mensurados, examinados e monitorados em relação a padrões clínicos pré-estabelecidos, por meio de inovações tecnológicas aplicáveis à vida e à biomedicina. Nos termos de Ortega (2005), o que se observa é o impacto das tecnologias da visualização médica sobre a corporeidade, no contexto da cultura do espetáculo, em que o emprego e o sucesso das tecnologias se dão para além do âmbito estritamente biomédico e devem ser compreendidos no contexto da visualidade espetacular. O modelo de corporificação imaterial, pautado pelas imagens das tecnologias médicas, se opõe à experiência encarnada do corpo físico unificado, como sujeito de ação no mundo, que implica o conjunto dos sentidos e que escapa na mera apreensão visual e objetivante da mídia e das tecnologias de imageamento. É o corpo-objeto da tradição anatomofisiológica, sem opacidade nem subjetividade.

Trata-se de formas de visibilidade do processo de desumanização crescente da medicina, vinculado a diversos fenômenos: a mercantilização da medicina, o corpo humano considerado como máquina, os altos custos operacionais dos atos médicos em contraste com a escassez de recursos públicos, a ausência de sistema público de saúde eficiente, as dificuldades das universidades em formar profissionais hábeis em contribuir para as mudanças necessárias, as precárias condições de trabalho, dentre outros (SANVITO, RASSLAN, 2012).

Subjacente à proposta de um robô agente de saúde centrado unicamente na figura do médico encontra-se, portanto, a lógica do modelo biomédico, que proclama a primazia do olhar médico e das práticas médicas objetificando o paciente, um comportamento cartesiano de distanciamento objetivo entre médico e paciente, um enfoque biológico-organicista, curativista e reducionista das questões, atrelado à valorização tecnológica e medicamentosa nas práticas (BARROS, 2002). O modelo biomédico é norteado por uma ideia de saúde como ausência de doença, propondo a assistência ao doente em seus aspectos individuais e biológicos, por meio de práticas centradas em hospitais e na hegemonia das especialidades médicas, com uso intensivo da tecnologia (MARASCHIN, DAMETTO, 2016).

Baymax deflagra a tendência médico-centrada com que tradicionalmente é tratada a saúde no mundo ocidental (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013) e afirma



o imaginário da atenção centrada na prática médica, com um modelo assistencial centrado na doença e com base nos modelos biomédico e hospitalocêntrico, com ações voltadas para atendimentos de urgência/emergência e de recuperação, de média a alta complexidade. Além disto, destaca-se que as abordagens do personagem primam pelo atendimento individual e não por um olhar para a coletividade, sem que sejam expressas demandas comunitárias ou coletivas dos personagens relacionadas às condições e qualidade de vida das populações que eles representam.

Tais representações correm, portanto, na contramão das políticas públicas que defendem um conceito abrangente de saúde e a necessidade de mudança dos serviços, pautados em um modelo de atenção integral à saúde, com incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 1990) - e a despeito das transformações pedagógicas da formação de profissionais de saúde em curso na atualidade (GOMES; REGO, 2013).

Na perspectiva da consolidação do SUS, de uma concepção de clínica ampliada e de integralidade no cuidado, deveriam ser enfatizadas ações educativas em saúde de caráter interdisciplinar, por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para ampliação da abrangência e escopo das ações da atenção básica, auxiliando no aumento das capacidades de análise, de intervenção e de resolubilidade dos problemas e das necessidades de saúde da população – representados pelas equipes de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, com apoio das equipes no Núcleo de Atenção à Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A discussão contemporânea sobre as mudanças na saúde e a transformação da formação de profissionais de saúde precisa ser ampliada para além da questão do método e da mudança pedagógica universitária (GOMES, REGO, 2013); e passar a considerar, na construção da saúde, os impactos de outras instâncias não formais de educação existentes na sociedade e na cultura – tal como a instância midiática.

Desta maneira, aqui entende-se que a formação dos profissionais da educação e da saúde (especialmente do médico, em foco neste estudo), deve se ater a uma educação crítica, reflexiva, comprometida com a cidadania e a responsabilidade social (GOMES, REGO, 2011); capaz de realizar leituras de mundo que configuram as condições de vida dos usuários dos serviços, com abertura para a captura das realidades e sensibilidade para perceber e compreender as representações que elas abarcam. Os



textos midiáticos e os imaginários que eles comportam são objetos passíveis de leituras de mundo e de realidades e imaginários que não devem ser desconsiderados nos processos formativos dos profissionais da saúde e da educação.

O imaginário do cuidado

Baymax, pela via da sua corporeidade, expressa valores positivos e desejáveis nas relações entre profissional e usuários dos serviços de saúde, referentes às possibilidades de humanização, acolhimento, conforto, proteção, responsabilização, fraternidade, afeto, carinho, envolvimento, vinculação com o outro e preocupação com o bem-estar do outro – as quais se relacionam com a idéia de cuidado (AYRES, 2004a, 2004b, 2009; SÁ, 2009; GOULART; CHIARI, 2010).

Neste sentido, vale ressaltar elementos imagéticos da corporeidade de Baymax: o corpo inflado, obeso e macio de Baymax presta-se a um forte um abraço e/ou a oferecer um colo acolhedor a Hiro; se faz de bóia e bote salva-vidas a resgatar os personagens em uma situação de afogamento; ou uma espécie de colchão que envolve e protege o corpo de Hiro durante uma queda de modo a mortecer os efeitos do impacto ao chão. Do mesmo modo, cabe ressaltar elementos sonoros da expressividade (trechos de fala: recursos verbais e vocais) que denotam a preocupação no sentido da segurança, da prevenção de riscos e agravos e da proteção da vida: “Você deve ser cauteloso, uma queda dessa altura pode causar ferimentos” (00:31:31:17 a 00:31:34:18); “Sempre use o cinto (de segurança), ele salva vidas!” (00:49:15 a 00: 49:18); “Aguarde uma hora após comer antes de nadar” (00:45:09:14 a 00: 45:13:18). Da mesma maneira, observa-se gestos de acolhimento, conforto, carinho e afeto: Baymax abraça Hiro e afaga os seus cabelos enquanto diz: “Outros tratamentos são carinho e contato físico. Vai ficar tudo bem...” (00:40:31 a 00:40:40).

Há portanto, que se observar que a atenção humanizada deveria ser uma expressão prática de construção de integralidade: a humanização é intrínseca à integralidade; só se produzem ações humanizadas em saúde a partir de uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença-cuidado. O grande desafio está, ainda, em mudar a forma de ver e pensar a saúde e o cuidado (OLIVEIRA, CUTOLO, 2012).



A humanização e o cuidado configuram processos complexos e polissêmicos que demandam maior discussão, além de configurarem eixos transversais nos currículos que configuram diferenciais na graduação e na educação permanente em saúde (MEDEIROS, BATISTA, 2016).

Tendo em vista a realidade brasileira, entende-se que as disciplinas de saúde Pública/Coletiva, especialmente aquelas que oportunamente são oferecidas em junção de cursos (Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Fonoaudiologia e outros) em um tronco comum configuram espaço social de práticas educacionais privilegiado para o encontro interdisciplinar dos discentes em processos educativos orientados para a formação teórico/prática dos profissionais da saúde na perspectiva da humanização, da integralidade e da interdisciplinaridade, para discussão do conceito de saúde, dos determinantes do processo saúde-doença e da qualidade de vida, dos modelos de atenção à saúde, da perspectiva do cuidado e da promoção da saúde e para problematizar o Sistema Único de Saúde e o papel dos profissionais na concretização do SUS, em meio a ações coletivas voltadas para a promoção da saúde da comunidade. Os estágios junto às comunidades, escolas e, especialmente, aos serviços de Atenção Básica e equipes de Estratégia de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, representam o campo fértil para as leituras de mundo e ações transformadoras das formas de pensar e agir em saúde.

No entanto, é preciso ressaltar a importância da ampliação dos cenários de aprendizagem e afirmar que as leituras de mundos e de realidades, a ser empreendidas pelos profissionais em formação, não deixem de se ater às circunstâncias, às linguagens, aos textos, às produções imagéticas e aos discursos midiáticos já que estes, uma vez integrados aos processos formativos, podem contribuir para potencializar mudanças culturais e educacionais da sociedade dentro e fora da escola e em qualquer nível de ensino – levando em conta que, em se tratando de processos educacionais transformadores e produtores de sentidos, deles não podem ser excluídos os imaginários que integram a sociedade.

5. Considerações Finais

As leituras do imaginário da animação evidenciaram a figura do médico em



suas práticas e modos de ser e fazer profissional tradicionais individuais, bem como de um modelo de atenção fragmentado, médico-centrado e de base biológico-organicista (biomédico), sob enfoques curativista, medicamentoso e de média a alta complexidade, com emprego de tecnologia de ponta; além de uma ideia de cuidado que não contempla a complexidade do conceito de cuidado pertinente à lógica da integralidade.

Desta forma, o cinema de animação (aqui representado pela produção analisada) em afirmar estereótipos, padrões, concepções e modelos tradicionais de atenção e cuidado, dificulta aberturas para novos olhares, perspectivas e maneiras de se conceber a atenção à saúde, bem como para a educação transformadora dos profissionais da saúde.

A educação da sociedade e a formação dos profissionais da saúde não pode se abster de uma discussão do potencial educativo da mídia, o que envolve a capacidade de leitura atenta, crítica e reflexiva dos produtos midiáticos com atenção para os discursos que eles encerram e os imaginários neles engendrados.

Na sociedade contemporânea, mudanças na saúde e na educação/formação de profissionais da saúde não ocorrem apartadas da cultura.

Referências

AMORETTI, R. **A Educação médica diante das necessidades sociais em saúde.** Revista Brasileira Educação Médica, v. 29, n. 2, p.136-146, 2005.

AYRES, J.R.C. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004-a.

AYRES, J. R. C. **O cuidado:** modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004-b.

AYRES, J. R. C. **Cuidado:** trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 283 p., 2009.

AZEVEDO, G. D.; VILAR, M. J. P. Educação Médica e Integralidade: o Real Desafio para a Profissão Médica. **Rev Bras Reumatol**, v. 46, n.6, p. 407-409, 2006.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem.** 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

BAKHTIN, M. **A cultura popular na Idade Média e no Renascimento:** o contexto de François Rabelais. São Paulo: Hucitec, 1999.



BARROS, J.A.C. **Pensando o processo saúde-doença:** a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARROS, L. R. M. **A cor no processo criativo:** um estudo sobre a Bauhaus e a teoria de Goethe. São Paulo: SENAC, 2006.

BEHLAU, M. *et al.* Avaliação de voz. *In:* BEHLAU, M. **Voz: o livro do especialista.** Rio de Janeiro: Revinter, v. 1, p. 85-245, 2001.

BLASCO, P.G. *et al.* Cinema para o Estudante de Medicina: Um Recurso Afetivo/Efetivo na Educação. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 119-128, 2005.

BOURDIEU, P. **Lições da aula.** São Paulo: Ática, 1988.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Tradução Fernando Tomaz. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Tradução Maria Helena Kühner. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

BRASIL. ABC do SUS - **Doutrinas e Princípios.** Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Brasília (DF), 1990.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.** *Revista Escola Enfermagem*, v. 46, n. 1, p. 219-26, 2012.

CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde:** aprendizados com a Saúde Coletiva. *In:* CAMPOS, G. W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO Y. M. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006; p.149-82.

CECCIM R. B., FEUERWERKER L. C. M. **Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade.** *Cadernos de Saúde Pública.*, v. 20, n. 50, p. 1400-10, 2005.

CERQUEIRA, M. B. **Digressões sobre saúde, envelhecimento e vida saudável na contemporaneidade.** *Mediações*, v. 17, n. 2, p. 26-40, 2012.

COSTA, B. C. G. Corpo, mediação tecnológica e desumanização. *In:* MOREIRA, W. W. (Org.). **Século XXI: A era do corpo ativo.** Campinas: Papirus, p. 183-203, 2006.

CZERESNIA, D; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.



DÍAZ, Esther. **La ciência y el imaginário social**. Buenos Aires: Biblos, 1998.

FERNANDES, R. M. S. **Da cor magenta: um tratado sobre o fenômeno da cor e suas aplicações**. Rio de Janeiro: Synergia, 2008.

FERREIRA, L.P.; AMARAL, V.R.P.; MÄRTZ, M.L.W.; SOUZA, P.H.
Representações de voz e fala no cinema. Revista Galáxia, São Paulo, n. 19, p. 151-164, jul. 2010.

FERREIRA NETO, J.L. *et al.* **Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder**. Saúde e Sociedade, v. 18, n. 3, p. 456-66, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 54^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GOMES, A. P.; REGO, S. **Pierre and medical education**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 2, p. 260-256, 2013.

GOMES, A.P.; REGO, S. **(Trans)formação da Educação Médica: é possível mudar o perfil do egresso com base em modificações no método de ensino-aprendizagem?** Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 134, p.2011.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. **Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão**. Ciênc. Saúde Coletiva, v.15, n.1, p. 255-268, 2010.

GUIMARÃES, J. S.; WIGGERS, I. D.; TOCANTINS, G. M. O. **Mídia-educação e escola: meios digitais e cultura popular**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 45, n. 158, p. 995-99, dez. 2015.

LANDSBERG, G.A.P. **Vendo o outro através da tela: cinema, humanização da educação médica e Medicina de Família e Comunidade**. Rev Bras Med Fam e Corn. Rio de Janeiro, v.4, n.16, p. 298-304, 2009.

LIMA, L. B.; SOUZA, L. A. S. Análise do filme “Monstros S.A.”: as relações humanas no trabalho. **Revista Anagrama**, v. 4, n. 4, p. 1-10, 2011.

LIMA, L. G.; RECHENBERG L. **A voz no desenho animado: uma análise descritiva**. **Distúrbios Comun.** v 27, n.4, p. 741-749, 2015.

LIMA NETO, A. A.; NÓBREGA, T. P. **Corpo, cinema e educação: cartografias do ver**. HOLOS, v. 30, n. 5, p. 81-97, 2014.

LOUREIRO, R.; DELLA FONTE, S. S. **Indústria cultural e educação em tempos modernos**. Campinas: Papyrus, 2003.



MARASCHIN, R, DAMETTO, J. **A parresia como experiência formativa voltada aos profissionais da saúde.** Interface Comunicação Saúde Educação, v. 20, n. 59, p.993-1003, 2016.

MARTIN, Marcel. **A Linguagem Cinematográfica.** São Paulo: Brasiliense, 2013.

MEDEIROS, L.M.O.P.; BATISTA, S.H.S.S. **Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 925-951, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios.** Brasília, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde SUS.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

MITRE, S.M. *et al.* **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** Ciênc. Saúde Coletiva v.13, n.2, p.2133-44, 2008.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. **Humanização como expressão de Integralidade.** O Mundo da Saúde. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 502-506, 2012.

ORTEGA, F. J. G. **Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido.** Physis. Revista de Saúde Coletiva, v. 15, n.2, p. 237-257, 2005.

PANICO, A. C. B.; FUKUSIMA, S. S. **Confiabilidade: traços acústicos que a caracterizam e como desenvolvê-los.** In: KRILLOS, L. R. (org) **Fonoaudiologia e Telejornalismo: relatos de experiências na Rede Globo de Televisão.** p. 46-58. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PECHULA, M. R.; GONÇALVES, E.; CALDAS, G. **Divulgação científica: discurso, mídia e educação. Controvérsias e perspectivas.** Redes.Com - Revista de Estudios para el Desarrollo Social de la Comunicación, Servilha, v. 7, p. 43-60, 2013.

RODRIGUES, P. H. G. N.; PENTEADO, R. Z. **Operação Big Hero: uma leitura dos discursos da saúde na linguagem de um filme de animação.** Anais: **24º Congresso de Iniciação Científica da Universidade Metodista de Piracicaba.** 14ª Mostra Acadêmica. Piracicaba, 25 a 27 de out. 2016.

SÁ, M.C. **A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde.** Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.13, n. 1, p. 651-64, 2009.

SÁ, E.C.; TORRES, R.A.T. **Cinema como recurso de educação em promoção da**



saúde. Rev Med. v. 92, n. 2, p. 104-8, 2013.

SANVITO W; RASSLAN Z. **Os paradoxos da medicina contemporânea.** Rev Assoc Med Bras v. 58, n. 6, p.634-635, 2012.

SALLES, A. A. **Transformações na relação médico-paciente na era da informatização.** Revista Bioética v. 18, n. 1, p. 49 – 60, 2010

SETTON, M. G. J. **A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea.** Revista Brasileira de Educação, n. 20, p. 60-70, 2002.

SODRÉ, M.; PAIVA, R. **O império do grotesco.** Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

SOUZA, E. B. **Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores.** Cadernos UniFOA, v. 13, p. 49-53, 2010.

SOUZA, P.H.; FABRON E.M.G; VIOLA, I.; SPINK, M.J.; FERREIRA, L.P. **Questões sobre expressividade oral no cinema.** Distúrbios Comun. v.27, n.1, p.115-128, 2015.

VASCONCELOS, R. N. C.; RUIZ, E. M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica** v.39, n. 4, p. 630-638, 2015.

VELLOSO, M. P. *et al.* Interdisciplinaridade e formação na área de Saúde Coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 257-271, 2016.

Submetido em: 09/06/2017. Aprovado em: 13/07/2017.

