


O parto na TV: um olhar sob a perspectiva de Ivan Illich

Childbirth on TV: an outlook from the perspective of Ivan Illich (abstract: p. 14)

El parto en la TV: una mirada bajo la perspectiva de Ivan Illich (resumen: p. 14)


Maiumy Huelida Gomes Odashima^(a)

<mayodashima@hotmail.com> 


Aline Guio Cavaca^(b)

<alineguica@hotmail.com> 


Adauto Emmerich Oliveira^(c)

<adautoemmerich@terra.com.br> 

Thalita Mascarelo da Silva^(d)

<thalitamld@hotmail.com> 

Edson Theodoro dos Santos Neto^(e)

<edsontheodoro@uol.com.br> 

^(a) Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha. Rua Antônio Engrácio da Silva, 8, Jardim Camburi. Vitória, ES, Brasil. 29090-745.

^(b, c, e) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil.

^(d) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Territorialidades (Mestrado), Centro de Artes, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil.

Este estudo visa compreender de quais maneiras as informações sobre o parto são veiculadas pela mídia televisiva, a partir de um programa de jornalismo utilitário sobre saúde. Realizou-se uma pesquisa exploratória documental, com abordagem qualitativa a partir de todos os vídeos relacionados ao parto veiculados no programa “Bem Estar” da Rede Globo, no período de fevereiro de 2011 a dezembro de 2016. O *corpus* foi composto por 95 vídeos que originaram cinco categorias analíticas: o parto como mercadoria; a normalização da cesárea como modo de nascer; o efeito contraprodutivo das cesáreas; a alienação da dor, e em busca da autonomia. A discussão foi embasada nas ideias do autor Ivan Illich sobre a superprodução heterônoma da instituição médica. O estudo do parto em um espaço de jornalismo utilitário revelou sua potência como dispositivo educador relevante para a Saúde Pública.

Palavras-chave: Parto. Medicalização. Comunicação em saúde. Jornalismo.

Introdução

Historicamente, as transformações sociais e culturais causadas pela medicalização na sociedade são pungentes. O conceito de medicalização social é entendido como a expansão progressiva do campo de intervenção médica, por meio da reclassificação de comportamentos e experiências humanas como se fossem problemas médicos¹. Segundo Foucault², no contexto do nascimento da medicina moderna, no século XVIII, o processo de medicalização – mesmo sem utilizar o termo propriamente dito – era discutido ao se observar a criação de uma sociedade que utilizava a Medicina como instrumento de manipulação do indivíduo como um corpo saudável, a fim de contribuir com os interesses capitalistas da época². Na contemporaneidade, a medicalização social pode ser considerada um espectro da iatrogênese social³, já que compromete a capacidade autônoma do indivíduo de cuidar da própria saúde.

A esse propósito, Ivan Illich³ representa uma referência central para o campo da Saúde Coletiva, a partir dos anos 1970, ao discutir o “imperialismo médico” em sua obra “A expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina”³, demonstrando sua preocupação com as consequências do processo de retirada da autonomia do indivíduo em favor de uma heteronomia do mercado médico⁴⁻⁶.

Nesse sentido, o parto representa um dos principais fenômenos fisiológicos medicalizados, com o progressivo declínio da capacidade da mulher de lidar com esse processo natural e todos os fatores que o cercam, como suas dores e suas imprevisibilidades, podendo ser considerado resultado da medicalização do modo de nascer que, por sua vez, é um reflexo da medicalização social⁷.

O parto cesáreo pode ser considerado uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicado por motivos médicos⁸. Não deve ser visto, portanto, como uma intervenção cirúrgica rotineira, uma vez que aumenta os riscos de hemorragia pós-parto, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e mortalidade. Além disso, também pode gerar maiores complicações para os recém-nascidos, como o aumento da necessidade de suporte ventilatório no nascimento e maior uso da UTI neonatal⁹.

Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde considera que a taxa aceitável de partos abdominais seria entre 10 a 15%. Contudo, este tipo de parto vem se tornando cada vez mais frequente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, mesmo após comprovação de que, no nível populacional, taxas de cesáreas maiores que 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal⁸. Dados alarmantes demonstram que, no Brasil, as taxas estão bem acima do preconizado: em 2014, foram registrados índices de cesáreas de 85% e 57% nos setores privado e público, respectivamente¹⁰.

Diante da epidemia de cesáreas, essa intervenção médica sobre um momento crucial da existência humana torna-se uma iatrogenia e um problema de Saúde Pública, visto que expõe mulheres e crianças a riscos desnecessários em partos que poderiam ocorrer sem intercorrências¹¹. Além disso, retira-se a autonomia e o protagonismo das mulheres dando lugar a intervenções médicas convenientes e tecnicistas.

A representação e construção de sentidos sobre a medicalização do parto na sociedade se dá por diferentes mecanismos de comunicação, dentre eles a televisão (TV). Presente em 97,1% dos domicílios brasileiros¹², a TV é considerada, atualmente, uma importante fonte de informação sobre temas de saúde e medicina, tanto para o

público geral como para profissionais de saúde^{13,14}. Contudo, esse dispositivo adquire um papel que vai além do de mediador quando interfere na informação científica a fim de adaptá-la para transmiti-la ao público¹⁵. Ao converter esses assuntos em notícias, os interesses das fontes podem se confundir com os dispositivos jornalísticos, quando estas sugerem anúncios, construção de pautas e a definição da abordagem que será feita com a informação¹⁶.

Diante disso, é importante questionar a coerência entre as notícias às quais a mídia dá mais destaque em contraste com a relevância de outros temas que aparentam ser mais urgentes, uma vez que a visibilidade midiática pode ser considerada um dispositivo de produção/legitimação de prioridades¹⁷.

Em face dessas considerações, o objetivo deste estudo foi analisar, sob a perspectiva teórica de Ivan Illich, como o parto é representado em um programa de jornalismo utilitário que aborda, especificamente, temas de saúde, no período de 2011 a 2016.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa exploratória documental, com abordagem qualitativa a partir da análise temática de conteúdo preconizada por Bardin¹⁸, na qual o material pesquisado foi composto por todos os vídeos relacionados ao parto veiculados no programa “Bem Estar” da Rede Globo, no período de fevereiro de 2011 a dezembro de 2016.

Mídia e período de estudo selecionados

O programa “Bem Estar” vai ao ar na Rede Globo de segunda a sexta-feira às 10h, ao vivo, com duração média de quarenta minutos. É apresentado por dois jornalistas fixos, como uma espécie de consultório para o qual, todos os dias, profissionais da área da saúde são convidados para abordarem um tema específico, dando dicas e tirando dúvidas dos telespectadores¹⁹.

O critério para sua escolha foi o fato de este ser considerado do gênero de jornalismo utilitário, abordando assuntos relacionados à área da saúde e da qualidade de vida. Segundo Temer²⁰, uma das características do jornalismo utilitário é a falta de urgência, o que favorece a construção de matérias mais elaboradas, além de fornecer informações de caráter educativo ou de prestação de serviço em qualquer sentido.

O período de estudo de cinco anos e dez meses inclui os programas desde o lançamento do “Bem Estar” até 31 de dezembro de 2016, propiciando um panorama atual da discussão sobre a temática na programação televisiva.

Pré-análise: a escolha da amostra e organização do corpus

Foi realizada uma pesquisa no campo de busca de vídeos do site do programa “g1.globo.com/bemestar/vídeos”. Este site possui acesso gratuito e disponibiliza vídeos editados de episódios do programa, com seus respectivos temas e datas, de acordo com a palavra-chave que é utilizada no campo de busca. Foi realizada uma pré-análise por meio de uma visualização flutuante do conteúdo a fim de identificar as palavras-chave que direcionariam aos vídeos que poderiam fazer alguma abordagem sobre a temática

da pesquisa. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: parto; cesárea; maternidade; nascimento e gestação, com o intuito de alcançar, concomitantemente, a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência dos vídeos relacionados ao tema, critérios que, segundo Bardin¹⁸, devem ser respeitados em um processo de análise.

Foram selecionados 124 vídeos. Após a visualização inicial dos mesmos, foram descartados os episódios cujos temas foram classificados como irrelevantes em relação ao problema de estudo. O *corpus* da pesquisa foi composto por 95 vídeos que poderiam fornecer informações sobre o tema em questão. A partir deste *corpus*, foram localizados os episódios completos nos quais estes vídeos se inseriam, e foi realizado, então, o *download* dos mesmos através do site “globoplay.globo.com”, cujo acesso é liberado mediante o pagamento de uma taxa mensal.

A exploração do material

Considerando que, para uma efetiva realização da Análise de Conteúdo, é imprescindível uma delimitação precisa das categorias de análise, de forma que permita sua utilização por diferentes pesquisadores²⁰; para a codificação dos dados, foi construída uma ficha de identificação do vídeo, a fim de caracterizar a estrutura telejornalística e a abordagem temática do parto. A confiabilidade do processo de classificação foi garantida pela codificação por duas pesquisadoras previamente treinadas.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Após a codificação do *corpus* de análise, foi construída uma planilha com as categorias, para melhor visualização e organização dos resultados. A partir dos vídeos que tiveram o parto como tema central, emergiram cinco categorias de falas/temas que serviram de base para a discussão sobre como o parto é representado no programa “Bem Estar”: o parto como mercadoria; a normalização da cesárea como modo de nascer; o efeito contraprodutivo das cesáreas; a alienação da dor, e em busca da autonomia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES sob o número de registro nº 57862816.8.0000.5060.

Resultados e discussão

Ao se analisarem as datas de exibição dos 95 vídeos do *corpus*, observou-se que, no ano de 2015, houve o maior número de vídeos, totalizando 29 registros (31%). Há de se considerar que, em fevereiro do ano em questão, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) identificou o registro de casos de uma síndrome exantemática indeterminada na região Nordeste do Brasil, que foi, posteriormente, identificada como a febre pelo Zika Vírus. No mesmo ano, foi registrado um aumento significativo na incidência de microcefalia em recém-nascidos provenientes desta mesma região, e, finalmente, em novembro de 2015, o Ministério da Saúde confirmou a relação entre o Vírus Zika e a microcefalia²¹⁻²³. Esses acontecimentos justificam o

maior número de vídeos neste ano, visto que são referentes a um tema relacionado à gestação.

A partir dos 12 vídeos que tinham o parto como tema principal, foram identificados seus episódios correspondentes, totalizando sete episódios: dois em 2013, um em 2014, três em 2015 e um em 2016. Esses episódios foram transcritos e as falas/temas foram agrupadas em categorias sistematizadas e definidas de acordo com o quadro 1.

Quadro 1. Categorias, falas representativas e suas definições a partir da análise de conteúdo dos vídeos do programa Bem-Estar, 2011 a 2016.

Categoria	Falas representativas	Definição
O parto como mercadoria	"Eles passaram a ganhar pelo tempo trabalhando no plantão e não mais por procedimento."	O parto é abordado como um produto comercializável, sujeito às regras de mercado.
A normalização da cesárea como modo de nascer	"A filha de fulano, a filha da minha amiga, a filha do meu primo... Cesárea, cesárea, cesárea... Você não acha um que foi normal." "Eu já tenho uma filha de oito anos que nasceu de cesárea e eu tenho quatro sobrinhos que nasceram de cesárea."	A cesárea é incorporada pela sociedade como modo habitual e corriqueiro de nascer.
O efeito contraprodutivo das cesáreas	"... um gasto com internação com um feto prematuro é de 50 mil dólares. Então, falando na nossa moeda, por volta de 200 mil reais."	Consequências do fenômeno de contraprodutividade nos sistemas de saúde.
A alienação da dor	"Agora, se tirar só a dor, então ela consegue fazer, ela consegue ajudar o médico a colocar aquele neném pra fora sem sentir dor. É só analgesia."	O tratamento da dor na sociedade medicalizada.
Em busca da autonomia	"Mas, uma vez que essa pessoa é consciente e informada, ela tem o direito da escolha dela." "E aí ela teve que brigar com meio mundo pra tentar o tão sonhado parto normal depois de três cesarianas."	Ações que refletem uma busca pela autonomia por parte das mulheres.

As categorias serão discutidas a seguir visando obter uma compreensão mais aprofundada da temática.

O parto como mercadoria

Constataram-se, em algumas falas, discursos nos quais é possível observar a abordagem da saúde como um produto ao qual se pode atribuir um valor, comercializável, e a importância desse fato para determinar a ocorrência do tipo de parto, como as que seguem: "Os médicos obstetras viraram plantonistas. Eles passaram a ganhar pelo tempo trabalhado no plantão e não mais por procedimento. Aí não importa se é uma cesárea ou um parto normal" (P. 25/12/15; Fonte: Repórter).

Neste exemplo fica visível que a forma de remuneração dada aos profissionais médicos é fator importante para a ocorrência do tipo de parto. Diante disso, alguns autores têm discutido que um dos motivos que ajudam a explicar o aumento do número de cesáreas é que, por meio desse procedimento, o profissional é mais bem remunerado e precisa ficar menos tempo aguardando a evolução do parto, ou seja, à disposição da parturiente. Assim, ao receber um pagamento maior por esse tipo de intervenção e com um tempo menor de dedicação para cada procedimento, há a possibilidade de o obstetra realizar um número maior de cirurgias, o que seria improvável no caso do parto normal²⁴⁻²⁶.

Outro aspecto econômico que deve ser ressaltado é o aumento da incidência de cesáreas à medida que se eleva o nível social das mulheres. O desejo por essa via de parto no início da gestação é o principal determinante para a sua ocorrência no setor privado e é, também, no sistema privado, juntamente com o critério de pré-pagamento, que ocorrem mais cesáreas sem justificativa baseada em critérios técnicos, quando comparados aos do SUS^{27,28}. Diante do exposto, ao se considerarem os critérios não técnicos para a indicação do parto cesáreo, como o padrão social e o tipo de contrato, há uma possibilidade de explicação dos altos índices desse procedimento no setor privado. Nakano, Bonam e Teixeira²⁹ concordam ao afirmarem que a preferência das mulheres pela cesárea está de acordo com o que é ofertado no mercado privado do nascimento.

Nesse sentido, Ivan Illich³ representa uma referência proeminente de discussão a respeito dos prejuízos dos processos medicalizantes⁴⁻⁶ e de seus reflexos na sociedade superindustrializada, em que o curar foi deixando de ser uma atividade do doente e passou a se tornar, cada vez mais, ação heterônoma do responsável pelo paciente. E, no momento em que esse responsável passa a cobrar pelos seus cuidados, a atividade do curar deixa de ser um dom para tornar-se uma mercadoria, agregando-se a um custo de produção e a um preço de mercado.

Dessa forma, a cesárea pode vir como um recurso técnico para as dores e o sofrimento do parto, alcançável para quem deseja e para quem tem condições de custeá-lo. Isso justificaria o aumento de sua incidência em grupos de maior renda, com menores riscos obstétricos²⁸.

A normalização da cesárea como modo de nascer

O processo de medicalização do parto culminou em importantes avanços na assistência médica a parturientes, possibilitando maior segurança para mães e crianças. Contudo, essa situação favorável foi acompanhada de grande aumento nas indicações de cesáreas em todo o mundo³⁰. No Brasil, dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC)³¹ indicaram que, em 2016, houve um pouco menos de três milhões de nascimentos, sendo que, destes, 55% foram por cesáreas, número bem superior ao máximo tolerável (15%) pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁸.

O parto cesáreo, que deveria ser então uma alternativa apenas para os casos em que há riscos para a mãe e/ou para o bebê, com indicações precisas, transformou-se em uma prática habitual cujos motivos extrapolam as razões médico-obstétricas. Tornou-se sinal de *status* e passível de ser comercializado, reflexo do gradual monopólio da força de produção heteronômica médica. É considerado uma consequência da modernidade, um modo normal de parir e nascer na atualidade, adequado a seu tempo, à mulher moderna²⁹. Essa normalização da cesárea é identificada nos trechos abaixo:

“A filha do fulano, a filha da minha amiga, a filha do meu primo... Cesárea, cesárea, cesárea... Você não acha um que foi normal.” (P. 25/12/15; Fonte: gestante)

“Eu já tenho uma filha de oito anos que nasceu de cesárea e eu tenho quatro sobrinhos que nasceram de cesárea.” (P. 25/12/15; Fonte: pai)

Ivan Illich³ descreve que existem dois tipos de ações/produções em saúde: as autônomas, que são aquelas nas quais o próprio indivíduo produz em seu meio social; e as heterônomas, que são aquelas produzidas por profissionais de saúde especializados e institucionalizados. Em toda a história da sociedade, essas duas formas de produção sempre afluíram para a realização de objetivos sociais maiores por meio da sinergia de ambas as partes. Todavia, na época industrial, elas começaram a conflitar de um modo cada vez mais acirrado, sendo que, em determinado momento, a produção heterônoma começou a ser privilegiada. Esse desequilíbrio provocou o aumento da inserção dessa forma de produção, causando uma gradativa queda na sinergia produtiva. Houve, assim, uma tendência ao monopólio das ações de saúde heterônomas em detrimento das ações autônomas³, o que torna a cesárea icônica sob essa perspectiva.

A respeito do parto, esse desequilíbrio entre as forças produtivas teve seu início quando este evento foi retirado do ambiente domiciliar, das mãos das parteiras, e foi transferido para o ambiente hospitalar, sob o controle dos médicos. Esse processo de medicalização do corpo feminino se deu como reflexo dos esforços para o exercício do controle estatal, numa tentativa de monitorar e controlar o desenvolvimento da população, uma vez que, naquele momento, era de extrema importância a perpetuação de uma força de trabalho saudável a fim de dar seguimento ao progresso capitalista³².

Em face do exposto, Illich³ discute o que ele chama de “etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana” (p. 56). Segundo o autor, essa etiquetagem acaba fazendo parte da cultura quando a sociedade naturaliza o fato de que os indivíduos necessitam de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão passando pelas fases naturais da vida, tais como a gestação ou a velhice, por exemplo. Para isso, todas as fases da vida são organizadas em categorias de pacientes a fim de serem medicalizadas. O autor exemplifica com as mulheres cuja própria feminilidade tornou-se um sintoma a ser tratado. Assim, a gestação, o parto, o aleitamento e a menopausa surgem como condições naturalmente medicalizáveis³.

O efeito contraprodutivo das cesáreas

A partir do momento em que a sinergia entre as forças autônomas e heterônomas de produção passa a ser negativa, ela produz um fenômeno paradoxal chamado de contraprodutividade³. Esse fenômeno ocorre quando, visando atingir seus objetivos, as próprias instituições acabam produzindo mais empecilhos do que facilidades para atingi-los, sendo necessária uma duplicação dos esforços. Assim, a contraprodutividade deve ser absorvida pela própria instituição que a produziu³.

O ponto fundamental é que, se no momento em que se almeja alcançar a produção de saúde são criadas, concomitantemente, condições adversas ou obstáculos a ela, e se um procedimento realizado corresponde a um distanciamento do objetivo final, pode-se afirmar que há aí um preocupante paradoxo. Um círculo vicioso é criado, gerando a ilusão de mais necessidade de ações heterônomas para corrigir e/ou compensar os efeitos paradoxais produzidos⁷.

É preciso acentuar que o parto abdominal aumenta os riscos de: hemorragia pós-parto, internação em UTI, mortalidade e ruptura uterina em gestações posteriores com placentação anormal. Além disso, também pode gerar maiores complicações para os recém-nascidos, como: o aumento da necessidade de suporte ventilatório no nascimento, maior uso da UTI neonatal, e necessitará de cuidados especiais pelo menos

durante a primeira infância⁹. Diante disso, pode-se afirmar, portanto, que a realização exacerbada de cesáreas está relacionada a um aumento na morbidade materna e neonatal. Ou seja, o consumo contraprodutivo deste tipo de parto provoca um aumento: na demanda dos serviços de saúde, no tempo de internação, na complexidade do tratamento e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. Estes fatos são confirmados pela fala abaixo sobre os riscos da realização de cesáreas antes do tempo recomendado:

“Além do risco para a criança e para a sua saúde, tem um grande risco econômico. Por exemplo, tem um trabalho americano que mostra que um gasto com internação com um feto prematuro é de 50 mil dólares. Então, falando na nossa moeda, por volta de 200 mil reais.” (P. 21/06/16; Fonte: médico obstetra)

Essa descrição só confirma o pensamento de Illich³ que afirma que o aumento com despesas médicas em uma determinada população não corresponde à melhoria do seu nível de saúde, mas, ao contrário, é sinal de uma população menos sadia. Para o autor, uma melhoria na saúde ocorreria se houvesse uma diminuição do consumo de produtos de saúde, e não apenas com simples aperfeiçoamentos técnicos na mercadoria oferecida. Deve-se ressaltar que, em nenhum dos programas televisivos avaliados, foi explicitado sobre os riscos e as conseqüências graves oriundas de um parto cesáreo com intercorrências.

A alienação da dor

A cultura é fator determinante para a reação do indivíduo diante da dor e a sua capacidade de continuar vivendo com a presença ou ameaça dela. O significado individual, os hábitos adquiridos e as circunstâncias em que ocorre determinam o sentido dado pelo homem ao sofrimento³.

Na civilização moderna, a ideologia da medicina industrial retira o significado íntimo e pessoal da dor, transformando-a em problema técnico que deve ser separado de qualquer contexto subjetivo para ser destruído. O homem industrial passa, então, a ver a sociedade como responsável pelo alívio de suas dores e se torna, assim, um consumidor de anestésias ao se lançar numa busca constante de tratamentos supressores das sensações³.

A fala abaixo representa a disponibilidade de mecanismos para a supressão da dor no momento do trabalho de parto:

“[...] e se você faz anestesia, você tira toda essa sensibilidade daqui para baixo. Então ela não sabe quando tá tendo a contração. Agora, se tirar só a dor, então ela consegue fazer, ela consegue ajudar o médico a colocar aquele neném pra fora sem sentir dor. É só analgesia.” (P. 23/08/13; Fonte: Médico Obstetra)

O medo da dor durante o trabalho de parto e parto tem aparecido como fator importante em estudos que investigam os motivos das expressivas taxas de cesáreas no Brasil^{25,29}. A falta de informação, o modelo de assistência obstétrica hospitalar centrado no médico, bem como o reforço por parte da mídia ao veicular relatos e experiências negativas de outras mulheres, surgem como os construtores da representação de dor e sofrimento associada ao parto³³.

Pereira, Franco e Baldin³³ apontam que, no Brasil, a mídia pode ser forte influenciadora da decisão das mulheres quando, por meio de filmes e telenovelas, apresenta um parto vaginal doloroso e com gritos, em contraste com um parto cesáreo tranquilo e sem sofrimento, consolidando socialmente um conceito sem base científica.

É oportuno frisar que a cesárea não significa ausência de dor, e o parto vaginal pode ocorrer com pouca ou nenhuma dor por meio de analgesia farmacológica ou não farmacológica. Contudo, a dor proveniente da cesárea não é exaltada e dramatizada como a dor do parto vaginal. As mulheres a consideram mais normal já que remete a outras dores já experimentadas em outros procedimentos cirúrgicos²⁹.

Para Illich³, um ponto preocupante é que essa diminuição do sofrimento, ou da dor, tem sido compensada com um aumento da dependência médica por meio de anestésias, medicamentos e serviços de saúde mental. A instituição médica tem crescido às custas de um custo humano, econômico e social.

Em busca da autonomia

A autonomia é um dos quatro princípios da bioética principialista que, juntamente com a beneficência, a não maleficência e a justiça, formam um conjunto de diretrizes que norteiam os profissionais de saúde quando estes se veem diante de dilemas morais. A autonomia, ou o respeito à autonomia, se refere ao respeito às escolhas pessoais dos indivíduos sobre seu corpo e sua vida³⁴.

O princípio da autonomia é o que causa mais debates quando aplicado, especificamente, à causa médica e, quando defrontado com o princípio da beneficência, os dois entram em contradição³⁴. Isso ocorre porque são diversas as situações nas quais nem sempre a decisão médica está de acordo com a vontade do paciente, como ocorre com o aborto e a eutanásia, por exemplo.

Leão et al.⁷ destacam, entretanto, que, no caso da epidemia de cesáreas, esse confronto de princípios não ocorre, já que a beneficência só se daria por meio de cirurgias com justificativas obstétricas, e a maior parte das mulheres, especialmente no setor suplementar, tem sido submetida a cesáreas desnecessárias. Nesse caso, não há a percepção de que esse procedimento desnecessário expõe a riscos que podem causar malefícios.

Illich³ afirma que o poder monopolizador de uma sociedade medicalizada se implanta de tal forma que a maior parte das pessoas perde o poder da vontade de serem autossuficientes e acabam acreditando que é impossível agir de forma autônoma. De fato, Bastos, Silva e Beraldi³⁵ defendem que o indivíduo é fruto tanto da sua vontade (autonomia), quanto da vontade do mundo exterior (heteronomia). Assim, é necessário superar a ideia de se chegar a uma autonomia absoluta, uma vez que ela está diretamente ligada à dependência.

Vale destacar que, quando se trata das relações entre o usuário e o sistema de saúde, a autonomia deve ser desenvolvida no sentido de intensificar as relações com os serviços de saúde de modo que, à medida que o processo terapêutico avance, haja uma expansão da mesma. Somado a isso, deve-se fornecer meios de conhecimento e de estímulo para a capacidade crítica dos indivíduos para a efetivação da autonomia como base para uma sociedade democrática. Dessa forma, os mesmos serão capazes de debater, questionar, criar e optar de forma consciente³⁵. A fala abaixo ilustra o processo de construção da autonomia por meio da informação:

"A gente ajuda a construir o empoderamento. Com a informação ela busca esse empoderamento porque inclusive podem ter mulheres que têm a informação, mas optam por outro caminho. Mas, uma vez que essa pessoa é consciente e informada, ela tem o direito da escolha dela." (P. 25/12/15. Fonte: Psicóloga)

Diante do exposto, o processo da escolha do tipo de parto deve ser iniciado durante o pré-natal, de modo que sejam fornecidas todas as informações necessárias para que a mulher faça uma escolha consciente, já que a autonomia é imprescindível no exercício do direito à saúde⁷. Nessa perspectiva, Pires et al.³⁶ destacam que o pré-natal seria um espaço importante para os profissionais de saúde informarem e influenciarem positivamente a escolha do parto normal. Contudo, não é o que tem ocorrido, como demonstram resultados de estudos que associam um maior número de consultas pré-natal à escolha pela cesárea^{11,36}. Torna-se patente que o discurso da cesárea ainda tem se demonstrado mais sedutor, visto que Pires et al.³⁶ levantam a possibilidade de um aconselhamento enviesado por parte dos profissionais da saúde, que seriam influenciados por fatores de conveniência econômica e financeira.

A sociedade civil tem se posicionado contra esse cenário de cesáreas desnecessárias, uso abusivo de tecnologias e de farmacologia. As mulheres têm se organizado em grupos numerosos que debatem o assunto nas redes sociais, *blogs* e *sites*. Buscam, assim, resgatar o nascimento como evento de profundas repercussões pessoais, e incentivam a autonomia das mulheres de modo que tenham poder real de decisão sobre seus corpos e seus partos²⁴. Contudo, a efetivação das ações tem encontrado barreiras: "Quatro anos depois do terceiro filho e a Tatiana engravidou de novo. E aí ela teve que brigar com meio mundo para tentar o tão sonhado parto normal depois de três cesarianas" (P. 25/12/15; Fonte: repórter).

O relato acima ilustra como pode ser difícil a produção de uma ação autônoma em relação ao parto, bem como há uma privação dos consumidores do cuidado-mercadoria da possibilidade de criarem uma visão crítica de seus hábitos³. Cabe frisar, aqui, que o acesso à informação por intermédio dos meios de comunicação de massa, especialmente da TV devido ao seu potencial de alcance na população, é uma ferramenta fundamental para desconstrução dessa visão e a possibilidade de uma regeneração da autonomia por parte dos indivíduos.

Finalmente, é pertinente apontar algumas medidas que estão sendo tomadas pelas autoridades em saúde a fim de frear o uso exagerado de tecnologias na assistência ao parto. Uma delas, que tem como alvo a saúde suplementar, é a Resolução Normativa nº 368, de 2015, lançada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que visa a diminuição do número de cesáreas desnecessárias no setor privado. Essa resolução estabelece o direito do acesso à informação por parte dos beneficiários dos planos de saúde em relação à porcentagem de parto normais e cesáreos da própria operadora, de seus hospitais e obstetras. Ademais, foi estipulada a obrigatoriedade do partograma, bem como do cartão da gestante no serviço de saúde suplementar¹⁰.

O Ministério da Saúde do Brasil também tem criado medidas visando atenuar o número de cesáreas, bem como aprimorar o sistema de atenção obstétrica do SUS, uma vez que este tem se destacado como um problema de Saúde Pública. Uma dessas medidas foi a implantação da Rede Cegonha, lançada em 2011, que garante

às mulheres e às crianças uma atenção humanizada e de qualidade, permitindo uma vivência desde a gravidez ao nascimento com segurança e dignidade³⁷.

Considerações finais

O excesso de tecnologias no manejo do parto apresenta consequências que perpassam fatores econômicos, sociais e de saúde e que devem ser discutidos abertamente com a sociedade. Há de se considerar que o tipo de parto realizado vai além de uma mera escolha por parte da mulher. Fatores como a organização do trabalho e o tipo de remuneração do corpo médico, bem como o desejo da própria mulher, induzido por desencorajamento, por informações desencontradas (midiáticas ou não) ou pela falta delas, podem ser considerados preditores sobre como se procederá no momento do nascimento.

Embora inovadora na discussão do parto na mídia, a incisiva discussão de Illich³ em relação à medicalização social tem sido consideravelmente utilizada em outros estudos no campo da Saúde Coletiva⁴⁻⁶. Essa perspectiva crítica de análise pode revelar possibilidades reflexivas mais autônomas da vida e do modo de nascer.

A representação do parto no programa Bem Estar da Rede Globo permitiu discutir o cenário atual das práticas obstétricas como consequência de um imperialismo médico que culmina em uma medicalização exacerbada do corpo e da sociedade, características da sociedade industrial que são simbolizadas na TV.

Tanto iniciativas governamentais – resolução nº 368¹⁰ da ANS e Rede Cegonha³⁷ – quanto movimentos sociais de resistência têm surgido reiterando a importância dos modos naturais de parir. Assim, entendendo a função social do jornalismo utilitário, espera-se que ele exerça a sua potência de informar sobre essas iniciativas relevantes para a Saúde Pública, visto que é a partir da informação que é possível o exercício de uma cidadania com autonomia, concebendo debates confluentes e construtivos sobre a temática. Além disso, espera-se que os discursos jornalísticos utilitários consigam traduzir o conhecimento científico em conhecimento popular, deixando mais explícito que a realização indiscriminada do parto cesáreo traz malefícios desnecessários à saúde de mulheres e crianças.

Contribuições dos autores

Maiumy Huelida Gomes Odashima participou da concepção e delineamento do trabalho, redação do manuscrito, discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito; Aline Guio Cavaca participou da concepção e delineamento do trabalho, discussão dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito; Thalita Mascarelo da Silva participou da discussão dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito; Edson Theodoro dos Santos Neto participou da discussão dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito; Aduino Emmerich de Oliveira participou da concepção e delineamento do trabalho, discussão dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecimento ao grupo de pesquisa de Comunicação e Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) pelas valiosas contribuições para o andamento da pesquisa.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2006; 19(10):61-76.
2. Foucault M. *Microfísica do poder*. 25a ed. São Paulo: Edições Graal; 2008.
3. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
4. Nogueira RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12):185-90.
5. Tablet LP, Martins VCS, Romano ACL, Sá NM, Garrafa V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. *Saude Debate*. 2017; 41(115):1187-98.
6. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):21-34.
7. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexão sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Cienc Saude Colet*. 2013; 8(18):2395-400.
8. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxa de cesáreas [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf
9. Leal MC. Estar grávida no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 8(28):1420-1.
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução Normativa nº 368, de 6 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2015.
11. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Bosco SMD. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saude Colet*. 2014; 1(22):46-53.
12. Presidência da República (BR). *Pesquisa Brasileira de Mídia 2015: hábitos de consumo da mídia pela população brasileira*. Brasília: Secretaria de Comunicação Social; 2014.
13. Medeiros FNS, Massarani L. A cobertura da gripe A (H1N1) 2009 pelo Fantástico. *Rev Bras Cienc Comun*. 2011; 1(34):41-59.

14. Machado IB. Percepções sobre o SUS: o que a mídia mostra e o que é revelado em pesquisa. In: Lerner K, Sacramento I, organizadores. *Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 235-50.
15. Siqueira DCO. Ciência na televisão: mito, ritual e espetáculo. *Rev Bras Cienc Comun*. 1998; 2(21):57-69.
16. Oliveira VC. As fabulações jornalísticas e a saúde. In: Lerner K, Sacramento I, organizadores. *Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 35-60.
17. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 52(19):85-94.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2007.
19. Globo. Princípios editoriais do Grupo Globo. Rio de Janeiro; 2011 [citado 25 Mar 2016]. Disponível em: <https://grupoglobo.globo.com/principios-editoriais/>
20. Temer ACRP. Desconstruindo o telejornal: um método para ver além da melange informativa. In: Vizeu A, Mello E, Porcello F, Coutinho I, organizadores. *Telejornalismo em questão*. Florianópolis: Insular; 2014. p. 27-52.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença. *Bol Epidemiol*. 2015;26(46):1-7.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil, 2015. *Bol Epidemiol*. 2015;34(46):1-3.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Monitoramento dos casos de microcefalias no Brasil até a Semana Epidemiológica 47. *Bol Epidemiol*. 2015;38(46):1-13.
24. Carneiro RG. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
25. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saude Publica*. 1991; 2(7):150-73.
26. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad Saude Publica*. 2011; 3(17):509-19.
27. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 5(50):734-41.
28. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saude Publica*. 2001; 2(35):202-6.
29. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. 2015; 3(25):885-904.
30. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. *Cienc Saude Colet*. 2010; 2(15):427-35.
31. da Saúde (BR). Sistema de informações sobre nascidos vivos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 3 Jul 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

32. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude Soc.* 2008; 2(17):107-19.
33. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anestesiol.* 2011; 3(61):376-88.
34. Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
35. Bastos S, Silvia AL, Beraldi R. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. *As ações judiciais no Sistema Único de Saúde e a promoção do direito à saúde.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p. 109-18.
36. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Cordova FP, Mazur CSA. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010; 2(10):191-7.
37. Ministério da Saúde (BR). *Manual prático para implementação da Rede Cegonha.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

The aim of this study was to understand how information about childbirth is transmitted by television, based on a health journalism program. This was a qualitative exploratory documentary study, based on all the videos related to childbirth transmitted by the program “Bem Estar” by the Brazilian network Rede Globo, between February 2011 and December 2016. The corpus was made up of 95 videos that yielded five analytical categories: childbirth as merchandise; the normalization of cesarean as a form of birth; the counterproductive effect of cesarean sections; alienation from pain; and in search of autonomy. The discussion was based on the ideas of author Ivan Illich about the heteronomous superproduction of the medical institution. The study of childbirth in a health journalism program demonstrated its potential as a relevant educational device for public health.

Keywords: Childbirth. Medicalization. Health communication. Journalism.

El objetivo de este estudio es comprender de qué maneras los medios televisivos transmiten las informaciones sobre el parto, a partir de un programa de periodismo utilitario sobre salud. Se realizó una investigación exploratoria documental, con abordaje cualitativo, a partir de todos los videos relacionados al parto transmitidos en el programa “Bem Estar” de la Red Globo, en el período de febrero de 2011 a diciembre de 2016. El corpus se compuso de 95 videos que originaron cinco categorías analíticas: el parto como mercancía, la normalización de la cesárea como modo de nacer, el efecto contra-productivo de las cesáreas, la alienación del dolor y la búsqueda de la autonomía. La discusión tuvo como base las ideas del autor Ivan Illich sobre la superproducción heterónoma de la institución médica. El estudio del parto en un espacio de periodismo utilitario reveló su potencia como dispositivo educador relevante para la Salud Pública.

Palabras clave: Parto. Medicalización. Comunicación en Salud. Periodismo.

Submetido em 29/03/18.

Aprovado em 20/08/18.