

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MAIUMY HUELIDA GOMES ODASHIMA

**O PARTO NA TV: UM ESTUDO A PARTIR DE UM PROGRAMA
DE JORNALISMO UTILITÁRIO SOBRE SAÚDE**

VITÓRIA

2017

MAIUMY HUELIDA GOMES ODASHIMA

**O PARTO NA TV: UM ESTUDO A PARTIR DE UM PROGRAMA
DE JORNALISMO UTILITÁRIO SOBRE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Políticas e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira

Coorientadora: Dra Aline Guio Cavaca

VITÓRIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal
do Espírito Santo, ES, Brasil)

O22p Odashima, Maiumy Huelida Gomes, 1989 -
O parto na TV: um estudo a partir de um programa de jornalismo utilitário
sobre saúde / Maiumy Huelida Gomes Odashima – 2017.
117 f. : il.

Orientador: Adauto Emmerich Oliveira.
Coorientador: Aline Guio Cavaca.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Parto. 2. Medicalização. 3. Comunicação em saúde. 4. Jornalismo. I.
Oliveira, Adauto Emmerich. II. Cavaca, Aline Guio. III. Universidade Federal
do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

MAIUMY HUELIDA GOMES ODASHIMA

**O PARTO NA TV: UM ESTUDO A PARTIR DE UM PROGRAMA
DE JORNALISMO UTILITÁRIO SOBRE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Políticas e Gestão em Saúde.

Aprovada em 28 de junho de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr Adauto Emmerich Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Dr^a Aline Guio Cavaca
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. José Edgard Rebouças
Universidade Federal do Espírito Santo

Dedico este trabalho a Maria Elma e Shoji, que me deram a vida e me mostraram, desde cedo, o valor do conhecimento.

A eles, meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos...

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, autor do meu destino, por me dar saúde para ir em busca dos meus objetivos e força para superar as dificuldades. A Ele toda, gratidão, honra e glória!

À minha mãe, **Maria Elma**, por ser a pessoa mais determinada que conheço. Mãe, seu amor, dedicação e disponibilidade me deram, diante das imprevisibilidades da vida, o incentivo necessário para seguir. Obrigada por tudo!

Ao meu pai, **Shoji**, meu exemplo de superação, minha inspiração, meu milagre. Ao meu namorado, **Lucas**, que se eu pudesse definir em uma palavra, seria “paciência”. Obrigada pela compreensão nos momentos da minha bagunça organizada, de estresse e de mau-humor devido às noites mal dormidas. Você tem sido meu companheiro de todos os momentos e deixa a minha vida mais leve.

Ao meu professor, orientador e um dos meus maiores incentivadores durante essa jornada, **Adauto Emmerich**. Sempre otimista e entusiasta, acreditou em mim quando eu já duvidava. Suas orientações, acadêmicas e de vida, foram essenciais para a minha chegada até aqui. Muito obrigada!

À minha coorientadora **Aline Cavaca**, pelos valiosos conhecimentos e tempo compartilhados. Suas orientações foram essenciais para que o projeto ganhasse forma e as ideias saíssem do papel. Gratidão de coração pela dedicação e paciência!

Aos meus companheiros do Mestrado em Saúde Coletiva, em especial os da **Turma 2015/1**. É inegável que vocês contribuíram para que boa parte dessa jornada fosse mais divertida e mais saborosa! Nossos momentos de reflexões inquietantes, de incontáveis lanches e de animadas partidas de vôlei ficarão agradavelmente marcados na memória. Espero encontrá-los em novos desafios!

A meus colegas do grupo de **Comunicação e Saúde**. Mesmo quando eu não podia participar tão ativamente do grupo, saber que vocês estavam trilhando os mesmos caminhos que eu, me deu segurança para adentrar nesse campo

inicialmente desconhecido desafiador. Destaco, aqui, a participação da **Thalita** que surgiu como um reforço indispensável para esta pesquisa.

Às minhas amigas, também mestrandas, e companheiras de trabalho, **Luciana e Juliani**, com quem compartilhei nos últimos anos as angústias e os desafios de estar no campo de prática profissional e na área acadêmica simultaneamente. Obrigada pela escuta ativa e pelas palavras de incentivo sempre.

Aos **professores do PPGSC/UFES**, por todo o conhecimento e experiência compartilhados e contribuição para o desenvolvimento da minha vida acadêmica.

Aos membros que participaram da minha banca de qualificação, em especial a **Edson Theodoro** e **Edgard Rebouças** que contribuíram com orientações valiosas acerca do meu objeto do estudo.

Finalmente, agradeço aos membros da minha banca de Dissertação, por aceitarem o desafio de avaliar este trabalho. É um prazer tê-los na banca examinadora.

“O mundo encurta, o tempo se dilui. O ontem vira agora; o amanhã já está feito. Tudo muito rápido. Debater o que se diz e o que se mostra e como se mostra na televisão me parece algo cada vez mais importante.”

(Paulo Freire, Pedagogia da Indignação, 2000)

RESUMO

O campo da Comunicação e Saúde é um campo desafiador, pois ao cruzar conceitos da Comunicação com conceitos da área da Saúde cria-se a necessidade de um diálogo entre especialistas de ambos os lados, a fim de convergirem para o estudo de um campo com muitas potencialidades.

O trabalho apresentado nesta Dissertação analisou os vídeos relacionados ao parto veiculados pela mídia televisiva, nos anos de 2011 a 2016. O resultado da pesquisa é apresentado na forma de artigo que se trata de um estudo qualitativo cujo objetivo foi analisar como o parto é representado no programa *Bem-Estar*, um programa de jornalismo utilitário que aborda, especificamente, temas sobre saúde. A fim de verificar como a mídia tem discutido o tema e as questões que o permeiam, a discussão foi baseada na crítica à sociedade medicalizada que Ivan Illich faz em seu livro *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. Foi realizada uma Análise de Conteúdo do material empírico, dando origem a cinco categorias: 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 partir destas categorias foi realizada uma discussão sobre a medicalização do parto na sociedade moderna e suas consequências a nível individual e social.

Concluiu-se que o cenário atual das práticas obstétricas é resultado de uma superprodução heterônoma médica que leva a uma medicalização exacerbada a partir de uma classificação iatrogênica das etapas da vida. 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. Uma Comunicação efetiva e adequada acerca do assunto é fundamental para a recuperação do exercício da autonomia das mulheres em relação ao seu corpo e seus processos vitais.

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

ABSTRACT

The field of Communication and Health is a challenging course, because when crossing concepts of Communication with Health area concepts it creates the need for a dialogue between experts on both sides, in order to converge on the study of a field with many potentialities.

The study presented in this Thesis analyzed the videos related to delivery broadcasted by television media, in the years 2011 to 2016. The search result is presented in the form of article that this is a qualitative study whose objective was to analyze how delivery is represented in *Bem-Estar* program, a utility journal program that specifically addresses health issues. In order to check how the media has discussed the topic and the issues that permeate the discussion was based on the criticism of medicalized society that Ivan Illich does in his book *Nemesis of medicine: the expropriation of health*. A Content Analysis of the empirical material was performed, giving rise to five categories: childbirth as a commodity; normalization of caesarean section as a way of being born; the counterproductive effect of cesarean sections; The alienation of pain and in search of autonomy. From these categories a discussion was carried out on the medicalization of childbirth in modern society and its consequences at the individual and social level.

It was concluded that the current scenario of obstetric practices is the result of a heterogeneous medical overproduction that leads to an exacerbated and medicalization from an iatrogenic classification of the stages of life. The excess of technologies in the management of childbirth presents consequences that cross social and health economic factors and that must be discussed openly with the society. An effective and appropriate Communication on the subject is fundamental for the recovery of the exercise of women's autonomy in relation to their body and their vital processes.

Keywords: Childbirth. Medicalization. Health Communication. Journalism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Técnica de agarramento para cesárea em 1595	29
Figura 2. <i>Apertorium</i> e <i>especulum matrici</i> , instrumentos utilizados na assistência ao parto, 1564	30
Figura 3. Dados de audiência do programa <i>Bem-Estar</i> disponíveis no site de Negócios da Rede Globo.....	46
Figura 4. Pré-análise do material empírico.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do grau de abordagem dada ao parto nos vídeos selecionados do programa *Bem-Estar*, 2011 a 2016.....50

ARTIGO

Tabela 1 - Classificação do grau de abordagem dada ao parto nos vídeos selecionados do programa *Bem-Estar*, 2011 a 2016.....61

Tabela 2 - Análise das variáveis relativas à abordagem temática do Parto nos vídeos selecionados do programa *Bem-Estar*, 2011 a 2016.....64

Tabela 3 - Categorias, falas representativas e suas definições a partir da análise de conteúdo dos vídeos do programa *Bem-Estar*, 2011 a 2016.....67

LISTA DE SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IBOPE – Instituto de Opinião e Estatística
LAPROSC – Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNH – Política Nacional de Humanização
PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1. INICIANDO UM PERCURSO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1. A COMUNICAÇÃO	15
2.1.1. <i>COMUNICAÇÃO DE MASSA</i>	16
2.2. A TELEVISÃO	18
2.3. O JORNALISMO	22
2.3.1. <i>GÊNEROS JORNALÍSTICOS</i>	23
2.3.1.1. Jornalismo utilitário	24
2.4. COMUNICAÇÃO E SAÚDE	24
2.5. O PARTO	28
2.5.1. <i>DAS MÃOS FEMININAS ÀS MÃOS MASCULINAS</i>	28
2.5.2. <i>PARTO NORMAL</i>	31
2.5.3. <i>PARTO CESÁREO</i>	32
2.5.4. <i>CAMINHOS PARA UMA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HUMANIZADA</i>	34
2.6. A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA	37
3. JUSTIFICATIVA	41
4. OBJETIVOS	42
4.1. OBJETIVO GERAL	42
5. METODOLOGIA	43
5.1. DESENHO DE ESTUDO	43
5.2. MÍDIA SELECIONADA	43
5.2.1. <i>MATERIAL EMPÍRICO</i>	47
5.3. PRÉ ANÁLISE: A ESCOLHA DA AMOSTRA E ORGANIZAÇÃO DO <i>CORPUS</i>	47
5.4. A EXPLORAÇÃO DO MATERIAL	49
5.5. O TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS E INTERPRETAÇÃO	51
5.6. QUESTÕES ÉTICAS	52
6. RESULTADOS	53
6.1. ARTIGO	53
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
9. REFERÊNCIAS	86
10. APÊNDICES	97
12. ANEXOS	111

1. INICIANDO UM PERCURSO

Esta proposta de estudo é fruto de um interesse que surgiu a partir da observação diária do comportamento de gestantes que chegam ao Hospital Municipal de Cobilândia, conhecido também como Hospital da Mulher, uma maternidade pública localizada no município de Vila Velha (Espírito Santo), na qual trabalho. Sou enfermeira há seis anos e, há quatro, me deparo diariamente com situações complexas que envolvem o ambiente obstétrico e que têm se configurado como problema de Saúde Pública: violência obstétrica, cesáreas sem indicação real, agendamento de partos, desinformação das mulheres em relação aos seus direitos, entre outros. Ao trocar experiências com outros profissionais, é perceptível que esses fatos são comuns também em outras maternidades do estado e que parecem terem sido incorporados como parte normal da rotina nesses ambientes. Ressalto aqui que a minha experiência é toda em serviço público e não tenho, portanto, autonomia para descrever o ambiente do serviço privado de saúde.

O momento do parto pode ter vários significados para uma mulher e isso vai depender da experiência e das informações que ela foi acumulando ao longo de sua vida. É evidente que a forma como esse momento será conduzido e vivenciado depende de fatores clínicos e não-clínicos.

Contudo, ao observar que durante a admissão hospitalar para o parto uma quantidade significativa de gestantes tem expressado sua preferência pelo parto cesáreo, parece conveniente questionar de onde vem a informação que tem contribuído para essa formação de opinião e que linhas de interesse perpassam por essa decisão.

Desde o processo de seleção para o Mestrado em Saúde Coletiva, já expressei meu interesse na área de Políticas e Gestão em Saúde, voltada para a linha da saúde materno-infantil, com o projeto inicial para o estudo da Política de Nacional de Humanização (PNH). Contudo, no meio do caminho, nas reuniões do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva (LAPROSC), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), houve um inesperado encontro. Deparei-me com um campo emergente, recente, até

então para mim desconhecido, e de extrema importância para a compreensão dos processos vitais. E o encantamento se deu porque é neste campo interdisciplinar que duas áreas inerentes à sobrevivência humana se fundem, se expõem e debatem entre si: a Comunicação e a Saúde.

Vive-se em um período em que dispositivos midiáticos estão em toda a parte, mais disponíveis do que nunca. Observa-se um bombardeio de informações e não é difícil acessar conteúdos de diversas partes do mundo, a qualquer hora e lugar, por meio de aparelhos que cabem na palma da mão. Temas de saúde são discutidos abertamente em redes sociais e em meios de comunicação em massa, gerando uma sensação de autonomia nos indivíduos que se enxergam capazes de escolher o que é benéfico para a sua saúde. Porém, deve-se ter um cuidado com a origem e com o modo como essas informações são transmitidas a fim de evitar equívocos e decisões precipitadas.

Atualmente, o grupo de Comunicação e Saúde da UFES é constituído por *pesquisadores de diversos níveis de formação que abordam temas relevantes como as doenças midiaticamente negligenciadas, o impacto do Programa Mais Médicos no SUS e a comunicação do risco nas epidemias.* Vem, assim, ganhando espaço e tem sua importância cada vez mais reconhecida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFES. Entretanto, sabe-se que há, ainda, um longo caminho a percorrer. Esta dissertação surge, então, como uma oportunidade de exploração de uma nova possibilidade de rota para a compreensão dos processos em Comunicação e Saúde no PPGSC: o estudo da mídia televisiva. Concomitantemente, traz à tona o tema referente ao cenário obstétrico brasileiro atual, que tem atraído olhares de todo o mundo devido aos elevados índices de cesáreas, representando uma temática potencialmente enriquecedora para a Saúde Coletiva.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Ao se falar em Saúde Coletiva no Brasil tem-se como um dos seus alicerces o Sistema Único de Saúde (SUS). E a Comunicação, em suas diversas formas, surge como aliada deste sistema, uma vez que permite que informações sobre saúde cheguem ao público, podendo servir como instrumento de promoção, prevenção, esclarecimento e divulgação. Prova disso, foram as Conferências Nacionais de Saúde que, a partir de 1986, em sua oitava edição, apresentaram o direito à comunicação como inerente ao direito à saúde (BRASIL, 1986). A partir daí muito tem sido discutido no âmbito da Saúde Coletiva sobre políticas que tratem de Comunicação. Contudo, ainda há muito a ser feito para garantir que os processos comunicacionais sejam cada vez mais transparentes, fidedignos e acessíveis a toda a população (ARAÚJO; CARDOSO; 2007). Para compreender melhor essas questões, apresenta-se a seguir considerações pertinentes à temática da Comunicação e Saúde Coletiva.

2.1. A COMUNICAÇÃO

Comunicação é troca de informações, seja por estímulos, imagens, mensagens ou símbolos, possibilitada por um conjunto de regras implícitas ou explícitas, chamadas de código. E não há sociedade, por mais antiga que seja, sem um sistema de informações baseadas em um sistema de código comum, ou seja, sem comunicação (SODRÉ, 1978).

De acordo com Pinto (2007), a essência do processo de comunicação consiste na sintonização entre aquele que recebe e aquele que envia uma determinada mensagem. Logo, uma informação não é necessariamente comunicação. Ela só será comunicação quando destinadas àqueles que podem compreendê-la como tal (MARTINO, 2008).

A Comunicação é tida como “[...] um processo complexo, multidimensional e multipolar” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 22) que, dentre suas muitas faces,

é vivência individual e coletiva, é prática social, experiência cotidiana que leva à formação de pontos de vista diferentes (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

A Comunicação é imprescindível para o surgimento de processos sociais, na medida em que são as práticas comunicativas que produzem os sentidos sociais, possibilitando e determinando os processos de apropriação da realidade que marcam e definem uma prática social (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Para Marques de Melo (1986), nas sociedades os modos de comunicação refletem os modos de produção. Assim, aqueles que detém o controle dos meios de produção, são os que possuem, também, propriedades sobre os meios de comunicação e determinarão, naturalmente, o modo de comunicação hegemônico.

A ciência da Comunicação é definida como aquela que objetiva compreender o efeito dos sistemas de símbolos e sinais a partir do desenvolvimento de teorias testáveis, com generalizações adequadas que culminem na explicação dos fenômenos associados à produção, processamento e feitos (BERGER; CHAFEE, 1987 *apud* MCQUAIL, 2003).

O campo da Comunicação pode e deve contribuir para a produção de um novo conhecimento sobre os processos e práticas sociais de produção e circulação dos sentidos da saúde e as formas de apropriação das políticas públicas pela população (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

2.1.1. COMUNICAÇÃO DE MASSA

O termo “massa” remete a grande volume, conjunto ou extensão (de pessoas ou de produção). Já o termo “comunicação” refere-se a emitir ou receber mensagens. Diante disso, a comunicação de massa pode ser definida como as instituições e técnicas por meio das quais grupos especializados, utilizando-se de meios tecnológicos divulgam conteúdos simbólicos juntos a grandes

audiências, dispersas e heterogêneas (JANOWITZ, 1968 *apud* MCQUAIL, 2003).

Para Chauí (2006), a expressão comunicação de massa foi criada para se referir a objetos tecnológicos capazes de transmitir a mesma informação para um vasto público ou para a massa. Inicialmente, utilizou-se do rádio e do cinema, pois, para que fosse compreendida, a imprensa necessitava de pessoas alfabetizadas. Pouco a pouco, estendeu-se para a imprensa, a publicidade, a propaganda, a fotografia e a televisão. Esses objetos tecnológicos são os meios utilizados para que a informação seja transmitida ou comunicada.

Os meios de comunicação têm conquistado cada vez mais importância no meio social e, historicamente, o ritmo com que eles ocuparam a vida cotidiana pegou de surpresa os pesquisadores no início do século XX. O crescimento das mídias não encontrava paralelos na história e alteravam a dinâmica da sociedade em diversos níveis, da tomada de decisões políticas até as relações de poder na hierarquia familiar (MARTINO, 2013).

“Após um primeiro momento de perplexidade, cientistas sociais, filósofos e psicólogos voltaram seus olhares para a Comunicação para tentar explicá-la. Os meios de comunicação em massa alteravam a face do mundo e era hora de entender o que acontecia. Nesse cenário, os norte-americanos foram os primeiros a desenvolver pesquisas sobre mídia, conhecidas como *Mass Communication Research*[...]” (MARTINO, 2013, p.19).

Desde o início, a finalidade da utilização dos meios de comunicação já era uma preocupação. De acordo com Martino (2013), a utilização destes meios para fins políticos e bélicos intrigava os pesquisadores. A democracia encontrava algo com que se preocupar: mal usados, os meios de comunicação poderiam ser um caminho para o autoritarismo. Assim, eram necessários resultados rápidos para explicar o que estava acontecendo. Questionava-se como os jornais poderiam mudar o resultado de uma eleição, bem como se a liberdade de imprensa poderia ser uma ameaça ao sistema democrático.

Chauí (2006) descreve, em sua obra “*Simulacro e Poder: uma análise da mídia*”, o impacto da comunicação em massa durante a década de 1930 na Alemanha nazista:

“O poder de persuasão e de convencimento do rádio levou a seu uso político (cotidiano e intenso) pelo nazismo, considerado por muitos pensadores o verdadeiro início da comunicação de massa porque descobriu e explorou a capacidade mobilizadora do rádio. Conferências de intelectuais nazistas, discursos de Hitler, transmissão de paradas militares, juvenis, infantis, femininas, entrevistas com militantes do partido nazista, transmissão de notícias diretamente das frentes de guerra, concertos e óperas de compositores alemães “autênticos” foram empregados para convencer a sociedade alemã da grandeza, da justiça e do poderio do Terceiro Reich” (CHAUI, 2006, p. 44).

A importância dos meios de comunicação na construção do universo simbólico tem sido reconhecida por diversos segmentos, principalmente por aqueles que disputam, no âmbito da sociedade, formulações próprias e defesas de pontos de vista específicos (LUIZ, 2007).

Pela posição privilegiada que ocupa na contemporaneidade, os meios de comunicação de massa são importantes para a compreensão do domínio médico-científico. É justo considerar, entretanto, que, mesmo que a saúde pareça ter uma maior importância e maior potencial para ser discutida, é o patológico que está no foco da mídia contemporânea, diferentemente do passado, quando o que “dava ibope” era ser normal (FERRAZ, LERNER, 2013).

Na década de 1920 surgiu um meio de comunicação em massa que permanece até hoje como um dos mais acessíveis. Ela chegou dentro das residências inicialmente discretamente, mas que com o tempo criou intimidade e hoje é tida como um eletrodoméstico importante em residências do mundo inteiro: a televisão. Ela informa, diverte, sensibiliza, educa, cria debates, dissemina ideias e é, para muitos, formadora de opinião sobre os mais variados temas, dentre eles a saúde.

2.2. A TELEVISÃO

Desde o seu surgimento na década de 1920, a televisão é a mídia que mais tem provocado comentário e gerado discussões do que qualquer outra. O seu potencial, seus significados e suas implicações são assuntos nos quais não se chega a um consenso (CAPPARELLI; LIMA, 2004).

McQuail (2003) afirma que, apesar de lhe ter sido determinado um papel de entretenimento, muitos concordam que televisão possui um papel vital na política moderna. Ela atua como informadora pública, educadora e também como importante canal singular de publicidade. Pode ser considerada a mídia de maior impacto na sociedade brasileira, sendo a principal e a única fonte de entretenimento e de informação da grande maioria da população do país (RIBEIRO; SACRAMENTO; ROXO, 2010). Além disso, é tida como uma das mais importantes fontes de informação sobre temas de saúde e medicina, tanto para o público geral como para profissionais de saúde (MEDEIROS; MASSARANI, 2011).

Dados do último resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), indicam a inclinação da população brasileira para esse eletrodoméstico. A pesquisa, realizada em 2015, apontou que 97,1% dos domicílios brasileiros possuem pelo menos um aparelho de televisão. É importante destacar, ainda, que os brasileiros assistem à televisão, em média 4h31 por dia, de 2ª a 6ª feira, e 4h14 nos finais de semana, sendo que a maior parte deles o faz todos os dias da semana (73%). E os motivos que levam as pessoas a ficarem em frente à tela são: para se informar (79%), como diversão e entretenimento (67%), para passar o tempo livre (32%), por causa de um programa específico (19%) e por verem a televisão como uma companhia (11%) (BRASIL, 2014).

A televisão é um objeto de estudo complexo e exige mais que um fio explicativo, já que está na confluência entre o mercado e a cultura, entre o político e o econômico, entre o coletivo e o individual (CAPPARELLI; LIMA, 2004).

Acreditar que a intervenção da televisão no contexto social se dá de forma isenta, como se sua função fosse apenas transmitir fatos, pode ser considerada uma visão ingênua da realidade. Isso porque essa concepção subestima a interferência de fatores como enquadramentos, ênfases ou jogos de poder que limitam ou dão destaque a uma maior ou menor visibilidade de determinadas imagens na definição dos acontecimentos (HAMBURGER, 2005).

E, uma vez que a televisão, junto com as outras mídias, não é objeto isolado da realidade, há pessoas que tiram vantagens dela, que a fazem funcionar de um jeito ou de outro num determinado contexto histórico (CAPPARELLI; LIMA, 2004).

É importante lembrar que a imagem tem a particularidade de poder produzir o que os críticos literários chamam de *o efeito de real*, ou seja, ela pode fazer ver e fazer crer no que faz ver. E isso produz perigos políticos inerentes ao uso ordinário da televisão, uma vez que a imagem pode fazer existir ideias ou representações, mas também grupos. O conteúdo cotidiano mostrado implica sempre uma construção social da realidade capaz de exercer efeitos sociais de mobilização (ou de desmobilização) (BOURDIEU, 1997).

Além disso, deve-se atentar ao fato de que a própria indústria eletroeletrônica, que produz o aparelho receptor, tem também interesse nessa televisão, pois, sem ela, não teria para quem vender televisores no mercado (CAPPARELLI; LIMA, 2004). Assim, do ponto de vista do receptor, o aparelho televisor é um eletrodoméstico como a geladeira ou o liquidificador. Já do ponto de vista do produtor, é um centro de poder econômico (tanto porque é produzida por empresas privadas, como porque é uma mercadoria que transmite e vende outras mercadorias) e centro de poder político ou de controle social cultural (CHAUÍ, 2006).

Chauí (2006) defende a ideia de que a televisão provoca uma banalização cultural e a redução da realidade à mera condição de espetáculo. Já Hamburger (2005) afirma que o posicionamento da TV dentro da rotina

doméstica cria a fantasia de que o telespectador está presente na cena, criando uma sensação de “janela para o mundo”.

Nessa perspectiva, pode-se mencionar a televisão como algo que pode exercer uma violência simbólica, a qual representa uma violência que se exerce com a cumplicidade implícita dos que a sofrem e também, com frequência, dos que a exercem, na medida em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou de sofrê-la (BOURDIEU, 1997).

Outra reflexão importante é sobre como o tempo da televisão é utilizado. Considerando que a televisão tem certo monopólio sobre a formação das cabeças de uma parcela muito importante da população e, à medida que os minutos da televisão, considerados extremamente valiosos, são usados para se dizer coisas fúteis é porque essas coisas fúteis são, de fato, muito importantes uma vez que ocultam coisas preciosas. Assim, ao insistir nas variedades, preenchendo esse tempo raro com vazio, com nada ou quase nada, afastam-se as informações pertinentes que o cidadão deveria possuir para exercer seus direitos democráticos (BOURDIEU, 1997).

O ponto fundamental é que a influência do formato do meio na mensagem veiculada mostra que a televisão vai além de assumir o papel de mediador quando interfere na informação recebida de cientistas e transmitida ao público. O paradoxo que esse estabelece é este: a mediação dos meios de comunicação em massa promove a aproximação do grande público com a ciência, contudo, para isso, adota o formato de espetáculo, diminuindo a credibilidade do conhecimento divulgado (SIQUEIRA, 1998).

Além disso, é inegável que profissionais que são convidados pela televisão para discursar sobre determinado assunto científico, adquirem um importante reconhecimento. Porém, “[...] para que a imposição do poder da mídia possa exercer-se sobre universos como o universo científico, é preciso que ela encontre cumplicidades no campo considerado” (BOURDIEU, 1997, p. 87). Portanto, devido aos interesses econômicos desse meio, é necessário ficar atento se essa colaboração não prejudica a autonomia do campo em

discussão, submetendo-se às exigências de poderes externos como o do Estado, o da Igreja, o jornalismo ou o da própria televisão (BOURDIEU, 1997).

Considerando o contexto capitalista no qual a televisão se insere, bem como as diversas linhas de influências que a transpassam no processo de produção da informação. E, levando em conta, ainda, o alcance do conteúdo veiculado por essa mídia massiva e seus efeitos sobre a formação discursiva, percebe-se a importância de compreender como se dá o processo comunicacional quando o assunto veiculado diz respeito à saúde. Por ser um meio no qual ocorre a divulgação de situações de risco, novas patologias, procedimentos e técnicas em saúde, além da orientação de hábitos e estilos de vida indicados como saudáveis, deve haver uma maior atenção para o conteúdo transmitido.

2.3. O JORNALISMO

Para a pesquisadora Ana Carolina Rocha Pessoa Temer (2013), o jornalismo pode ser definido, de maneira simples, como uma atividade organizada que objetiva a divulgação de informações atuais e de interesse público. Contudo, essa definição, apesar de estar correta, mascara a complexidade dessa atividade, uma vez que, devido a sua relação com a modernidade e com o modelo burguês/capitalista, o jornalismo é definido pela produção acelerada em larga escala, resultando na produção de informações e de bens culturais.

O jornalismo é também uma atividade eminentemente ideológica, uma vez que capturar os fatos e relatá-los por meio de veículos de difusão significa projetar visões do mundo (MARQUES DE MELO, 1986)

Para Temer (2013), o jornalismo envolve, ainda, uma relação de troca ou diálogo social na qual ao mesmo tempo em que ele interfere na vida social, seus produtos são construídos a partir dos reflexos da sociedade que ele pretende informar.

Considerando que o telejornalismo é um produto da televisão, deve-se lembrar que seu conteúdo é influenciado pela ética do jornalismo e pelas necessidades mercadológicas e estruturais da televisão. A partir destas relações, é relevante pensar a frase “é importante e, portanto, está no telejornal”, reorientando-a para “é importante porque está no telejornal” (TEMER, 2013).

Partindo do pressuposto que o jornalismo deve ser entendido como “[...] categoria pertencente à modalidade de comunicação periódica, inserida no conjunto da comunicação massiva, dentro do campo da comunicação” (MARQUES DE MELO; ASSIS, 2013, p. 30), é possível caracterizar o processo jornalístico a partir de suas ramificações sucessivas, a partir de suas classes definidas como gêneros jornalísticos (MARQUES DE MELO; ASSIS, 2013).

2.3.1. GÊNEROS JORNALÍSTICOS

Os gêneros jornalísticos refletem aquilo que os cidadãos querem e necessitam conhecer, saber ou acompanhar, já que são neles que esse público encontra suporte para o exercício da cidadania e para as ações cotidianas. Além disso, podem ser considerados motores da indústria jornalística, que a impulsionam e movimentam de acordo com as expectativas dos consumidores da informação sobre a atualidade (MARQUES DE MELO; ASSIS, 2013)

A função social do gênero jornalístico é uma característica básica que, juntamente com a aptidão para agrupar diferentes formatos, o definirão. Considerando, então, essa perspectiva funcionalista de que os meios agem objetivando atender às demandas da sociedade, Marques de Melo e Assis (2013), embasados nos pressupostos de outros autores dessa corrente, apresentaram a seguinte classificação dos gêneros jornalísticos a partir de suas funcionalidades: informativo (cuja função principal é a vigilância social); opinativo (apresenta-se como fórum de ideias); interpretativo (possui um papel educativo e esclarecedor); diversional (objetiva a distração e o lazer) e utilitário (prestação de serviço, auxiliando nas tomadas de decisões cotidianas).

Vale lembrar, entretanto, que os gêneros jornalísticos estão sempre vulneráveis às forças de permanência e de mutação, sendo, portanto, passíveis de novas propostas de classificações (TEMER, 2013).

Devido ao caráter educador e orientador da mídia selecionada para o presente estudo, é pertinente uma breve abordagem do gênero de jornalismo utilitário.

2.3.1.1. Jornalismo utilitário

O jornalismo utilitário pode, também, ser denominado de gênero utilitário, gênero de serviço ou jornalismo de utilidade pública (TEMER, 2013).

É um gênero jornalístico que possui como característica o conteúdo de caráter orientador e didático voltado, principalmente, para a formação de comportamentos. Da mesma forma, inclui conteúdos que visam a prestação de algum tipo de serviço ao público, ou de utilidade pública, buscando esclarecer ou chamar a atenção do telespectador para algum problema (TEMER, 2013)

Apesar de ter mais visibilidade na mídia impressa, por meio dos cadernos fixos dos jornais e dos suplementos direcionados a públicos específicos em revistas, o gênero utilitário tem crescido nos conteúdos jornalísticos do rádio, da televisão, bem como da internet (TEMER, 2013).

2.4. COMUNICAÇÃO E SAÚDE

O campo de estudo da Comunicação e Saúde é um campo recente constituído pelos elementos da Comunicação e da Saúde, separadamente, porém na sua interface (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Uma pessoa participa de muitos campos. Assim, a vivência e a experiência acumulada de um interferem na possibilidade e na apropriação em outro. É possível, dessa forma, compreender a riqueza que se dá na troca de

conhecimentos quando pessoas da Saúde se inserem na área a Comunicação e vice-versa (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Para Fausto-Neto (2007), os cruzamentos entre Saúde e Comunicação tendem a se intensificar e a exigir novas formas de diálogo entre especialistas dos dois campos, na medida em que a emergência da midiaticização como uma ambiência, e a força de seus processos, tornam a questão da saúde um tema intensamente presente na esfera pública.

Diante disso, percebe-se que o lugar de fala pode definir uma abordagem mais meticulosa e destacar os objetos, as metodologias e as práticas utilizadas no campo da Comunicação e Saúde. Quando se fala do lugar da Comunicação, a abordagem tende a considerar a saúde como conteúdo ou objeto que permitiria avançar na compreensão dos dispositivos de Comunicação da sociedade. Quando o lugar de fala é o da Saúde, o que se objetiva é compreender e agir sobre os processos sociais de produção dos sentidos, que afetam diretamente o campo da Saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Xavier (2006) expõe a necessidade de diferenciar as expressões “comunicação em saúde” de “saúde na mídia”. A primeira tem um âmbito institucional e diz respeito às diretrizes de comunicação pública que parte do Estado, de suas políticas e instrumentos. São seus principais atores: o Ministério da Saúde, os governos estaduais e municipais, os conselhos de saúde, entre outros. Já a segunda expressão diz respeito ao modo como o conceito de saúde será apropriado, traduzido e veiculado pelas mídias massivas.

Machado (2014) menciona que o tema de saúde tem ganhado cada vez mais espaço nos debates da mídia e da sociedade como um todo. Ora porque cada indivíduo deseja estar com a saúde em dia, ora porque os cidadãos também esperam que os serviços e ações desse campo sejam suficientes. Contudo, a mediação feita pelo jornalismo entre o campo da Saúde e a sociedade é e sempre será um processo complexo, que não pode ser compreendido apenas com base nas matérias publicadas como comumente fazem o senso comum, já

que é um processo em que predominam tensões e conflitos de interesses (OLIVEIRA, 2014).

A ambiência da midiatização gera processos intensos de afetação entre os campos da Saúde e da Comunicação, bem como entre seus temas, seus problemas, seus pesquisadores e, principalmente, entre as lógicas e as operações sobre as quais vão se instituir os vínculos entre seus atores e destes com os demais campos sociais (FAUSTO-NETO, 2007).

Segundo Oliveira (2014), a mídia jornalística tem se transformado em grande aliada do campo da Saúde ao divulgar e popularizar diversos tipos de informações relevantes para a população. Para isso, costumam codificar as notícias em saúde em duas categorias: uma ligada à promoção da saúde (avanços das ciências, modos de cura, novos medicamentos, entre outras coisas), e outra a acontecimentos imprevisíveis no âmbito da sociedade envolvendo diversos tipos de ocorrência relacionados à política, grupos sociais, a especialistas, autoridades, a governos e/ou ao cotidiano dos serviços do campo da saúde. Contudo, prossegue Oliveira (2014), ao transformar esses assuntos em notícias, muitas vezes os interesses das fontes podem se confundir com os dispositivos jornalísticos quando sugerem anúncios, construção de pautas, definição da abordagem que será feita com a informação com os chamados *News Promoters* (instituições científicas, especialistas, autoridades, complexo industrial-farmacêutico, setores de pesquisa, entre outros). Freitas (2006) também comenta que uma das causas do aumento gradual da adesão dos veículos de comunicação aos conteúdos de saúde pode ser explicado justamente pelo assédio de fontes como empresas, universidades, governo e profissionais.

Cavaca e Vasconcellos-Silva (2015) observam que 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. Por exemplo, uma maior visibilidade aos temas de saúde de populações vulneráveis poderia resultar em iniciativas políticas que poderiam originar benefícios às populações afetadas, criando condições para o controle de suas

mazelas. Neste ponto, é possível fazer a distinção entre o interesse público e o interesse do público.

Ainda segundo os autores, essa visibilidade midiática pode ser considerada um dispositivo de produção/legitimação de prioridades. Conseqüentemente, aquilo que não é mostrado pela mídia quando o assunto é saúde, seria como uma nuance de 'apagamento' social, já que o que não é mostrado é produzido como não existente, tornando-se invisível à realidade de fato (CAVACA; VASCONCELLOS-SILVA, 2015).

A divulgação das matérias sobre saúde no Brasil, em sua maioria, conta com um conteúdo abrangente, sem o aprofundamento necessário, fundamentada em uma abordagem superficial (FREITAS, 2006). Sabe-se, que nunca houve tantas e tão variadas tecnologias de suportes de comunicação, nem tamanha circulação de conteúdos e informações sobre saúde disponíveis nas mídias (XAVIER, 2006). Considerando-se, ainda, que a mídia pode ser entendida, além de uma formadora de opinião pública, como uma protagonista do processo de produção que circulam socialmente (MACHADO, 2014), é de suma importância observar qual é o caráter que a mídia tem dado às abordagens sobre saúde.

Atualmente, um dos grandes desafios no cenário de saúde no Brasil ainda é melhorar o cenário obstétrico do país que tem apresentado índices preocupantes de cesáreas. Sabe-se que a mídia pode ter um papel relevante nessa questão quando informa, desinforma, ou deixa de informar sobre os tipos de partos e suas características. Vale sublinhar que, quando o assunto é saúde, deve-se considerar, sempre, informações e publicações científicas para não haver riscos. Assim, para a discussão a seguir, é indispensável compreender um pouco mais sobre a trajetória do parto na história: como ele passou de um evento doméstico a um evento medicalizado, bem como as principais características dos diferentes modos de nascer.

2.5. O PARTO

2.5.1. DAS MÃOS FEMININAS ÀS MÃOS MASCULINAS

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteira-leigas. Elas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério. Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre diversos temas como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio (BRENES, 1991). Todos os procedimentos obstétricos eram responsabilidade delas, inclusive a cesárea, que devia ser realizada para a retirada do feto, no caso de a mãe morrer no parto, a fim de batizá-lo (DINIZ, 1996).

A cesárea foi descrita como procedimento de cunho religioso a fim de permitir o batismo, desde antes do Renascimento. Vale lembrar que nessa época os conhecimentos de teoria bacteriológica, anti-sepsia, antibioticoterapia e bancos de sangue ainda não existiam. Assim, o procedimento era quase sinônimo de morte (DINIZ, 1996).

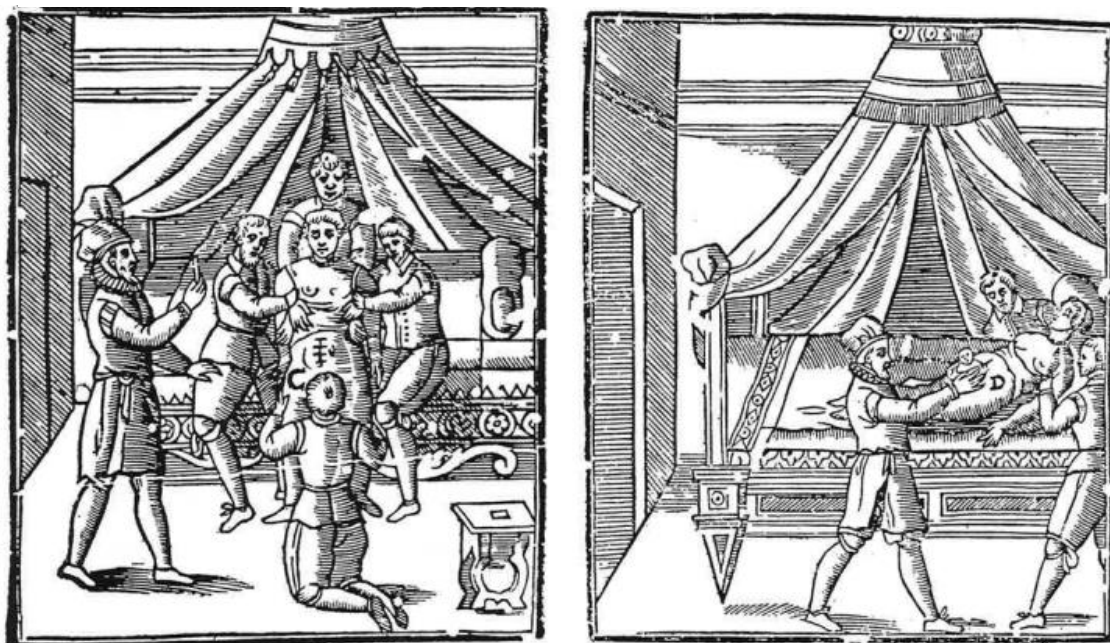
A partir do século XIV os médicos, homens, passaram a se interessar pelo procedimento, surgindo, no século XV, estudos sobre a realização da cesárea em mulheres vivas (DINIZ, 1996).

Durante o século XVI surgiram trabalhos descrevendo o procedimento cirúrgico. Dentre as orientações descritas, encontrava-se que, para obter sucesso durante a cesárea, o mais indicado era manter os instrumentos longe da vista da mulher. Além disso, havia descrição de técnicas de imobilização da mulher durante o procedimento, com o número de homens necessários e seus respectivos posicionamentos (Figura 1). O número de homens variava conforme a mulher fosse mais brava ou mais mansa (BRIQUET, 1956 *apud* DINIZ 1996).

Posteriormente, a cesárea teve suas indicações expandidas, o que aumentou sua demanda. Além de indicado para o batismo, o procedimento também corrigia distocias e tratava convulsões (DINIZ, 1996).

Cabe ressaltar que a entrada do homem na prática obstétrica foi incentivada, também, por motivos religiosos. Como as parteiras eram vistas muitas vezes como bruxas devido aos seus conhecimentos e domínios sobre determinadas doenças, havia a desconfiança de que, após a realização da cesárea, elas não realizassem o batismo, mas sim a consagração da criança ao demônio. Vale lembrar que, nessa época, a presença de homens, inclusive do padre, era proibida na cena do parto (DINIZ, 1996).

Figura 1 - Técnica de agarramento para cesárea em 1595



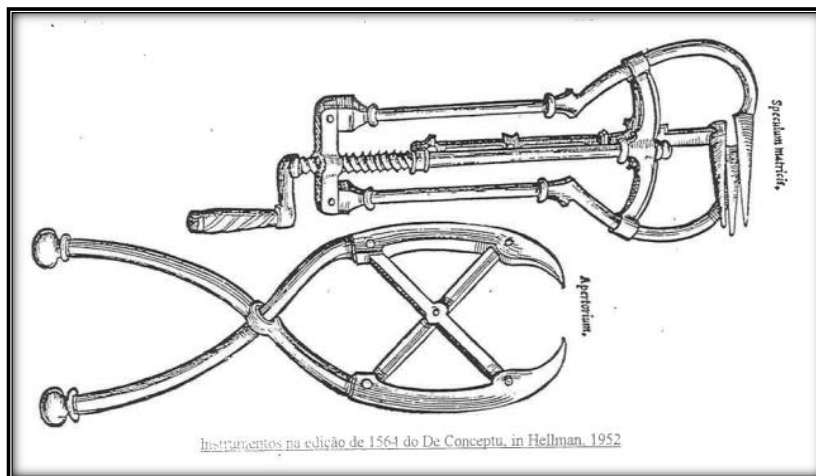
Fonte: Mercúrio, 1595 *apud* Diniz, 1996

As estatísticas de morbidade e mortalidade materna, desde sua introdução no campo da obstetrícia, davam larga vantagem às parteiras em comparação aos médicos. Em 1971, foi publicado por um médico parteiro, Robert Bland, o primeiro resultado da contabilidade dos partos entre os pobres da cidade e foi concluído que, em Londres, as pacientes mais ricas morriam mais de febre puerperal quando comparada com as mais pobres da cidade. Isso era justificado pelo fato de as pacientes mais prósperas serem examinadas pelas mãos de médicos parteiros que, frequentemente, haviam acabado de realizar exames *post-mortem* ou de ter contato com pacientes infectadas (DINIZ, 1996).

A febre puerperal aparece em registros a partir do século XVII, sendo descrita como uma epidemia relacionada à mudança do parto para o hospital e com à crescente intervenção médica e dos alunos de medicina. Isso provocava a preferência das mulheres pelas parteiras, e sua fuga do parto hospitalar (DINIZ, 1996).

Não se sabe se as parteiras tinham mais precauções higiênicas do que os médicos. É certo, entretanto, que o uso de instrumentos, inicialmente raro e posteriormente proibido entre as parteiras, contribuiu significativamente para aumentar os índices de mortalidade na atenção médica. Tanto pelas lesões provocadas nas mulheres e nos recém-nascidos durante a manipulação, quanto porque esses instrumentos serviam como condutores dos germes da febre (O'DOWD; PHILLIP, 1994 *apud* DINIZ, 1996). A figura 2 ilustra dois desses instrumentos, enormes e assustadores.

Figura 2 - *Apertorium* e *especulum matrici*, instrumentos utilizados para assistência ao parto, 1564



Fonte: Hellman, 1952 *apud* Diniz, 1996

À medida em que a assistência ao parto passou a ser cada vez mais de domínio masculino, o ofício das parteiras passou a ser regulado em algumas cidades europeias. Só eram liberadas aquelas que apresentassem bons antecedentes morais e professassem a fé católica. Nada era exigido em relação à competência técnica (DINIZ, 1996).

Com a passagem do parto de um acontecimento natural do sexo feminino a um evento técnico e medicalizado, o parto vaginal foi mitificado numa ocorrência desconhecida e assustadora para as mulheres, sendo mais conveniente para os profissionais de saúde interferir na escolha da gestante (WEIDLE et al., 2014).

É importante frisar que o tipo de parto realizado não é uma simples questão de preferência. Devem ser analisadas uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras (BRASIL, 2001).

É pertinente, portanto, realizar uma breve abordagem sobre os tipos de parto e o caminho que tem sido buscado para uma humanização da assistência obstétrica.

2.5.2. PARTO NORMAL

Para Luz (2014), falar sobre parto normal na contemporaneidade não é uma tarefa consensual. Pelo contrário, significa adentrar num universo conceitual cercado por questões sociais, culturais, políticas e econômicas. É um universo composto por ambiguidades e divergências e pela falta de clareza em distinguir o que é normal e o que é comum.

Quando os riscos potenciais de cada tipo de parto são comparados, o parto vaginal apresenta alguns benefícios como: menor risco de prematuridade e de alterações respiratórias para o recém-nascido; menor dor após o parto; recuperação mais rápida; aleitamento materno mais fácil, cicatriz menor (no caso de ocorrer episiotomia); e menor risco para futuras gestações (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar, porém, que alguns procedimentos médicos inerentes ao parto vaginal também têm sua necessidade discutida, uma vez que entre os defensores do parto mais natural, existe o entendimento de que é preciso romper com o *efeito cascata*, expressão que representa os procedimentos

realizados quando uma mulher é admitida no hospital: a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); o enema (lavagem intestinal); a ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas); amniotomia (ruptura da bolsa), a epidural (analgesia) e a episiotomia (corte da musculatura perineal para a passagem do bebê). O nome *efeito cascata* se dá devido à ideia de que uma atitude gera a outra (CARNEIRO, 2015).

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 de outras mulheres, surgem como os construtores da representação de dor e sofrimento associada ao parto (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

2.5.3. PARTO CESÁRIO

A partir do momento em que a morbidade e a mortalidade associadas à cesárea diminuíram, tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, as indicações desse tipo de parto começaram a aumentar rapidamente. Com o relativo aumento da segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar indiretamente, cada vez mais razões para justificar a realização da cesariana (BRASIL, 2001).

A cesariana não deve ser vista como uma intervenção cirúrgica rotineira, uma vez que aumenta os riscos de hemorragia pós-parto, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mortalidade e ruptura uterina em gestações posteriores com placentação anormal. Além disso, também podem gerar maiores complicações para os recém-nascidos como o aumento da necessidade de suporte ventilatório no nascimento e maior uso da UTI neonatal (LEAL, 2012). Pode ser, portanto, considerada uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos clínicos (OMS, 2015).

A elevação dos índices de cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora seja mais alarmante no continente americano e, mais especificamente, no Brasil, onde chega a ser considerada uma epidemia (BRASIL, 2001). Em 2014, de acordo com dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foram registrados índices de cesáreas de 85% e 57% nos setores privado e público, respectivamente (SINASC; ANS, 2017).

Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10 a 15%. Porém, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, mesmo após comprovação de que, ao nível populacional, taxas de cesáreas maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). Assim, esse tipo de parto está se tornando um problema de Saúde Pública, uma vez que causa possíveis riscos desnecessários em partos que poderiam ocorrer sem intercorrências (WEIDLE et al., 2014).

A fim de identificar as razões de tantas cesáreas e em razão da preocupação com as consequências dessa realidade para a saúde materno-infantil, foi instituído em 2009 a pesquisa Nascer no Brasil. Esse estudo de abrangência nacional foi coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) e teve como objetivo conhecer melhor a atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério no Brasil. Além de estimar a prevalência de prematuridade e a incidência de complicações clínicas relacionadas ao parto.

A causa do aumento da proporção de cesarianas tem sido discutida e diversas hipóteses têm sido levantadas, tais como o desejo da mulher por essa via de parto, até a conveniência desse tipo de parto para profissionais que o realizam (WEIDLE et al., 2014).

Carneiro (2015) discute, ainda, que um dos fatores 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 do médico realizar um número maior de procedimentos, o que seria impensável no caso do parto normal.

A diminuição no índice de cesarianas no Brasil foi um dos pontos discutidos pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado em 2004, visto que esse procedimento implica no dobro da permanência da puérpera no hospital, além de aumentar o risco de transtornos respiratórios neonatais e prematuridade iatrogênica (BRASIL, 2004). Vale lembrar que em 2006 foi divulgado, também pelo Ministério da Saúde, o Pacto pela Vida, que também definia como uma de suas prioridades a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2006).

Paris et al. (2014) concluíram em seus estudos que os partos cesáreos continuarão aumentando nos dois sistemas de saúde, público e suplementar, e se não foram implantadas novas estratégias de redução envolvendo as características socioculturais, demográficas e obstétricas das mulheres, bem como a formação e atuação profissional da obstetrícia e a estrutura adequada dos serviços de saúde para atendimento ao parto vaginal.

2.5.4. CAMINHOS PARA UMA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HUMANIZADA

O cenário que se tem hoje no Brasil, é de um modelo assistencial predominantemente intervencionista, herança das práticas higienistas que foram implantadas nas rotinas hospitalares, juntamente com uma atuação profissional na qual o médico é o centro do processo e não mais a mulher (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). É possível perceber, entretanto, os esforços da sociedade visando uma mudança desse panorama (CARNEIRO, 2015).

O primeiro passo dado em direção a uma assistência integral à saúde da mulher foi em 1983. Nesse ano, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), órgão então responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) que, no ano seguinte, deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança. Esses programas, apesar de separados, funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade materna e infantil, bem como alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços de saúde do país (BRASIL, 2011).

O PAISM é considerado uma das maiores conquistas do movimento feminista, uma vez que era a primeira vez que um programa de saúde não estava voltado apenas para o binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher integralmente (SANTOS NETO, 2008). Cassiano et al. (2014) complementam essa ideia ao afirmarem que a relevância desse programa é ainda mais notável quando, a partir da proposta de integralidade, passa-se a incluir a atenção à prevenção e ao tratamento de agravos à saúde desde a adolescência até a terceira idade e não apenas durante o período gestacional.

Visando modificar esse cenário e, conseqüentemente, diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna natal, neonatal e perinatal no país, em 2000 foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000). Este programa fundamentou-se na ideia de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é fundamental para um acompanhamento adequado do parto e do puerpério. A humanização é abordada em dois aspectos: o primeiro relacionado ao dever dos serviços de saúde, por meio de seus profissionais e da organização institucional, de receber com dignidade tanto a mulher, quanto seus familiares e o recém-nascido, incluindo-se aqui a adequação da estrutura física e dos equipamentos dos hospitais. O segundo visa a adoção de práticas benéficas para o parto e o

nascimento que diminuam práticas intervencionistas desnecessárias e que possam acarretar maiores riscos para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2002).

Para Carneiro (2015), o parto pode ser considerado humanizado quando há um mínimo de intervenções médicas possíveis, ou então aquele que acontece em ambiente acolhedor, respeitando o tempo físico e psíquico de cada mulher, sendo que a mesma deve dar seu consentimento informado para qualquer procedimento realizado. A autora destaca, ainda, que parir vaginalmente não implica necessariamente parir humanizadamente. Da mesma forma, uma mulher que tenha dado a luz com todas as intervenções médicas pode ter parido humanizadamente.

Vale salientar que o objetivo das propostas de parto humanizado não é demonizar a cesárea. Ao contrário, elas reconhecem a importância da medicina e de seus procedimentos, contanto que sejam realmente necessários. O ponto de discussão sobre o parto humanizado é muito mais a regra da cesárea desnecessária e uso da tecnologia e da farmacologia de forma abusiva (CARNEIRO, 2015).

Ao se pensar na *humanização* do cuidado à mulher na sua condição maternal ou, mais especificamente, no momento do parto, esse conceito adquire um significado especial, diante de um momento que ocorre, muitas vezes, na presença de dor física, insegurança e fragilidade emocional. Contudo, esse momento também sugere alegrias, surpresas e tantas outras sensações que podem acontecer, dependendo de aspectos internos e externos, como o relacionamento que essa mulher mantém com sua família e a equipe de saúde (QUEIROZ; SILVA; JORGE, 2003).

Em 2005, outra medida que teve importância relevante para a humanização nas maternidades, a Lei nº 11.108, conhecida como a *Lei do Acompanhante*, que garante, no âmbito do SUS, a presença de um acompanhante junto à parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Para Diniz et al. (2014), a presença de um acompanhante pode ser vista como indicador de vários princípios do SUS, dentre eles a humanização. Além

disso, pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade no atendimento do serviço de saúde.

Nos últimos 30 anos houve importantes melhorias na atenção ao parto e ao nascimento, resultado de uma série de iniciativas tanto do governo quanto da sociedade. Todavia, ainda há muito que avançar. Exemplo disso, foi que, em resposta a essa necessidade, em 2011, o Ministério da Saúde, lançou a Rede Cegonha que visa implantar uma rede de cuidados para assegurar, dentre outras coisas, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto “[...] que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza” (BRASIL, 2011, p. 3).

Diante do que foi exposto até aqui, é possível constatar que a maneira pela qual o corpo feminino vem sendo tratado, especialmente quando se refere ao parto, tem sido discutida a fim de que sejam definidas as melhores condutas em prol tanto do seu bem-estar quanto do recém-nascido.

Ao mesmo tempo em que se verifica o avanço das intervenções tecnológicas no modo de nascer, há uma mobilização significativa de parte da sociedade que defende a retomada de práticas e condutas de outrora em relação ao trabalho de parto. Desta forma, o debate sobre processo de medicalização do parto está cada vez mais presente em pautas de profissionais de saúde, grupos de mulheres e estudiosos da área. Vale, portanto, um aprofundamento no conceito de Medicalização.

2.6. A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

No século XVII, a medicina teve um papel fundamental no controle do corpo, tanto o corpo individual, como o corpo social. Houve o destaque do surgimento de uma Medicina como área de saber técnico-científico, utilizada cada vez mais para fins de controle populacional, disciplinarização da força de trabalho e higienização dos espaços bem como das relações sociais. Foram criadas

regras que regiam a forma de vida moderna, quanto a questões de saúde, quanto do comportamento humano. Ao orientar a forma de comportamento, a medicina estaria definindo o que estava dentro e o que estava fora da norma (FOUCAULT, 2009).

Houve, também, o nascimento de uma medicina hospitalar, caracterizada pela disciplinarização do espaço médico, o que permitia a observação de grande quantidade de indivíduos, e pelo isolamento do indivíduo que possibilitava a individualização de prescrições e tratamentos visando o alcance de uma medicina individualizante (FOUCAULT, 2009). Dessa forma, ao indivíduo era dado o papel de objeto de saber e de prática médica. No hospital o indivíduo deveria ser “[...] observado, seguido, conhecido e curado” (FOUCAULT, 2009, p.111).

O processo de hospitalização foi fundamental para o desenvolvimento da ciência obstétrica, resultando na medicalização do corpo feminino. Contudo, a melhoria das condições do parto gerou consequências como a transformação do papel da mulher que passou de sujeito para objeto no procedimento, bem como a desumanização do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Diante do exposto, simbolicamente, a hospitalização representou para a mulher a retirada da sua autonomia, individualidade e sexualidade por meio dos procedimentos de internação (separação da família, jejum, remoção de roupas e objetos pessoais, não deambular, entre outros). A assistência ao parto foi organizada, então, como uma linha de produção na qual a mulher foi transformada em propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

As questões sobre medicalização têm sido discutidas em diversos campos discursivos, políticos e sociais, dentre eles o da bioética e o das políticas de humanização da atenção à saúde (MATTA, 2013).

Barbiani et al. (2014) defendem a tese de que apesar da medicalização da vida ter tido o seu início a partir do uso da medicina para o controle social, hoje esse

processo é utilizado para outros interesses científicos, políticos e econômicos, podendo ser considerado um fenômeno contemporâneo de grande importância quando se fala de mercantilização da sociedade e de seus processos vitais.

Ivan Illich (1975), criticou duramente a sociedade industrial e as tecnologias médicas utilizadas para assegurar um domínio heterônomo (das instituições) em detrimento da autonomia dos indivíduos. O autor afirmava que a produção dessa cultura medicalizada produz um efeito paradoxal, já que reduz o nível de saúde de uma população.

Em 1975, Illich já defendia a ideia de que vinha sendo realizado um controle social pelo diagnóstico, a partir do qual era realizada uma “etiquetagem iatrogênica das diferentes fases da vida humana” (ILLICH, 1975, p. 56). Por meio dessa etiquetagem, criava-se uma necessidade de cuidados médicos simplesmente porque estar passando por determinadas fases da vida. Assim, os processos naturais e banais inerentes à existência humana eram etiquetados como passíveis de intervenção.

“A influência do médico sobre a vida começa com a visita pré-natal, em que resolve se o feto deverá nascer e de que maneira, e termina por sua decisão de renunciar a uma ressurreição suplementar. O ambiente passa a ser visto como um meio artificial e o profissional da saúde como um burocrata que dá a cada um o seu destino” (ILLICH, 1975, p. 57).

Fica visível que o autor se preocupa com a dependência que o processo de medicalização já causava nos indivíduos. Para exemplificar, ele citou a prescrição abusiva de medicamento: inicialmente serem prescritos de forma que eram tomados como hábitos. Posteriormente, se faz necessário prescrever medicamentos para curar o vício nos fármacos (ILLICH, 1975).

A medicina apresentava, então, um caráter destruidor ao retirar a autonomia dos indivíduos. Essa face negativa era disfarçada, entretanto, por um discurso de ordem sanitária (ILLICH, 1975).

A ciência, a mídia jornalística, as instituições e os especialistas da saúde, entrelaçados, são os principais responsáveis pela construção dos imaginários da população em relação ao conjunto de questões que afetam ou interferem

cada vez mais em nossa vida cotidiana, em que a certeza e a incerteza parecem caminhar juntas (OLIVEIRA, 2014).

Assim, pode-se considerar a mídia massiva como detentora de um papel fundamental no processo de medicalização da sociedade. Vasconcellos-Silva et al. (2010) defendem que ela afirma diariamente a auto-responsabilização em saúde. E, para corresponderem a isso, os indivíduos, em suas práticas de autocuidado, se reduzem a consumidores quando lhes são oferecidos regimes milagrosos, planos de saúde, cirurgias inovadoras, medicamentos e procedimentos rejuvenescedores que prometem uma sensação de vitalidade eterna ou de proteção contra riscos. Desse modo, há uma reificação da ideia de saúde.

3. JUSTIFICATIVA

No dia 24 de julho de 2015 chegou às mídias o caso da professora e enfermeira, Mariana, que teria tentado um parto humanizado em seu domicílio por 48 horas. Sem sucesso, teve que ser internada em um hospital e ser submetida a uma cesárea. Após o procedimento cirúrgico surgiram complicações que provocaram a internação da professora na UTI Adulto, onde ficou por onze dias até o dia 21 de julho quando houve o trágico desfecho (Reportagem da Carta Capital: *“Parto Humanizado: o que explica a sede da imprensa por sangue?”* de 27 de julho de 2015- ANEXO A). A mídia divulgou a morte da professora como decorrência da tentativa do parto humanizado, o que gerou discordâncias. Assim, ficou evidente a intenção de manifestações sensacionalistas virem, mais uma vez, acirrar um confronto: parto normal *versus* parto cesáreo.

A Comunicação é, por si só, um campo de grandes desafios, sempre em crescimento. Ela traz à tona debates ideológicos e discursivos, sendo suas práticas imprescindíveis para os processos sociais.

Quando associada ao campo da Saúde, a Comunicação pode transmitir informações úteis ao processo de conhecimento e empoderamento do sujeito sobre seu corpo no sentido de produzir saúde/doença, sendo importante ferramenta no processo de educação e promoção da saúde.

Num momento em que muito se fala no desproporcional percentual de cesarianas no Brasil e na defesa dos direitos da mulher em procedimentos obstétricos, esta proposta de estudo representa uma possibilidade de analisar como têm sido transmitidos os discursos sobre o parto na grande mídia televisiva, mais especificamente em um programa que aborda temas específicos sobre saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Analisar como o parto foi representado em um programa de jornalismo utilitário sobre saúde no período de 2011 a 2016.

5. METODOLOGIA

5.1. DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória documental, com abordagem qualitativa.

O estudo exploratório é aquele no qual o pesquisador, baseando-se em conhecimentos teóricos anteriores, planeja um método a ser utilizado, formula hipóteses, registra sistematicamente os dados e os analisa com exatidão (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A pesquisa documental, segundo Severino (2007), tem-se como fonte documentos no sentido amplo, como jornais, fotos, filmes, documentos legais, em que os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico.

A abordagem qualitativa adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente. Para isso trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO, 2007).

5.2. MÍDIA SELECIONADA

Programa Televisivo: Programa *Bem-Estar* da Rede Globo.

O programa *Bem-Estar* vai ao ar na Rede Globo de segunda a sexta-feira às 10h, ao vivo, com duração média de 40 minutos. É apresentado pelos jornalistas fixos Mariana Ferrão e Fernando Rocha que podem ser substituídos eventualmente, e teve seu episódio de estreia no dia 21 de fevereiro de 2011, vindo como uma substituição parcial da programação infantil matutina da TV Globo.

A emissora, inaugurada em abril de 1965 no Rio de Janeiro, sempre deixou clara sua escolha pelas crianças como público alvo desde o primeiro dia de transmissão. E, a partir de 1993, houve a confirmação dessa preferência com o surgimento de programas como *Xou da Xuxa*, *TV Colosso*, *Bambuluá* e, por último, em 2002, a *TV Globinho* no horário matinal (KUHN; DANDA, 2014).

Contudo, em 2012, o período da manhã teve sua programação completamente voltada para os adultos. Diante disso, em resposta às discussões sobre a substituição da *TV Globinho* e especulações sobre uma nova grade, a Rede Globo emitiu um comunicado oficial:

Em respeito ao nosso público, ao nosso elenco e aos anunciantes, esclarecemos que a nossa grade das seis da manhã ao meio-dia passará a ser dedicada ao público adulto em 2012. A *TV Globinho* estará no ar aos sábados. Haverá quatro blocos de programação distintos – telejornalismo, *Mais Você*, *Bem- Estar* e o novo programa a ser conduzido pela jornalista Fátima Bernardes. Esta nova atração ainda está em fase de elaboração sem data certa para estrear (TOLIPAN, 2011, p.1).

Essa retirada do horário reservado ao público infantil gerou repercussões em blogs e revistas eletrônicas. O Diretor-Geral de TV Globo, Octávio Florisbal, ao anunciar as mudanças na emissora, destacou que essa foi uma decisão estratégica visto que, além dos programas infantis não darem audiência e darem um retorno publicitário baixo, há muitas leis restritivas em relação aos comerciais desses programas (ZYLBERKAN, 2012).

O critério para a seleção do programa *Bem Estar* para o estudo foi o fato deste ser considerado do gênero de jornalismo utilitário, que aborda assuntos relacionados à área da saúde e da qualidade de vida. De acordo com Marques Melo e Assis (2013) o programa de gênero utilitário, ou de serviço, possui como função social o auxílio nas tomadas de decisões cotidianas e tem ganhado espaço no rádio, na televisão e na internet, englobando conteúdos que objetivam prestar algum tipo de serviço ao público, ou de utilidade pública, com a intenção orientar, esclarecer ou mesmo chamar a atenção do telespectador

para determinado problema (TEMER, 2013). Logo, nesse tipo de jornalismo, é imprescindível que haja, ainda, uma maior preocupação com a veracidade e a responsabilidade do conteúdo informado, já que, muitas vezes, provoca uma ação/reação por parte do público.

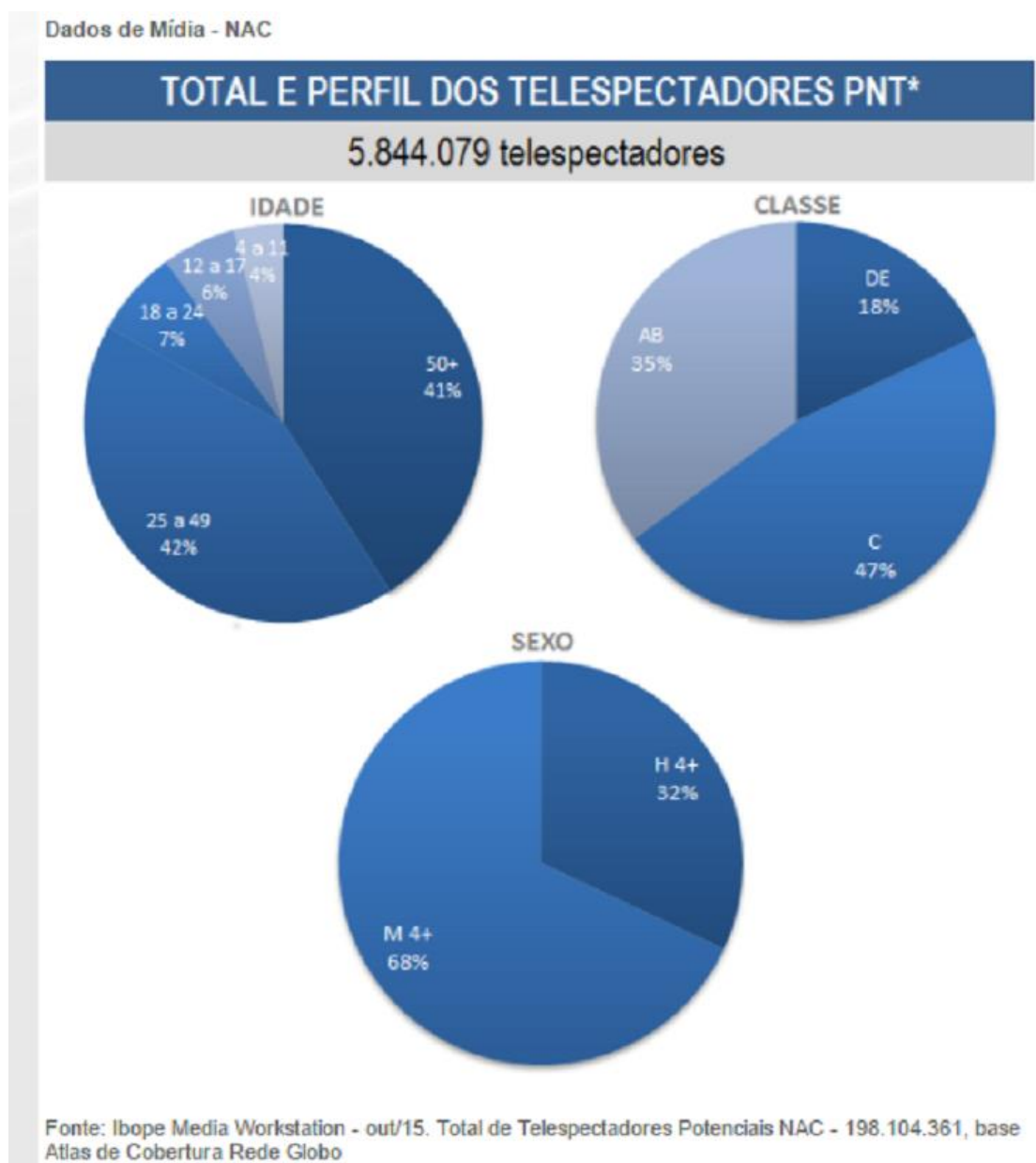
O site de Negócios da Rede Globo (<http://negocios8.redeglobo.com.br>), que fornece ao mercado publicitário informações sobre audiência e público, a fim de orientá-lo quanto a compra, divulga os dados relativos ao perfil de audiência do programa (Figura 3).

É possível verificar que o público do programa é majoritariamente feminino (68%), pertencente à classe C (possui renda média familiar entre R\$ 1625,00 e 2705,00) de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), atualizados em 2016, e possui, em sua maioria (83%), mais de 25 anos.

Procedimentos de pesquisa de mercado são importantes porque permitem a definição do perfil dos telespectadores com os quais os produtores e autores da televisão irão, de certa forma, dialogar (HAMBURGER, 2005).

Por fazer parte da indústria cultural, a televisão opera segundo a lógica do mercado de entretenimento e da propaganda introduzindo duas divisões cuja referência é o poder aquisitivo dos consumidores: a dos públicos (as chamadas classes A, B, C, D e E) e a dos horários (a programação se organiza em horários específicos que combinam com a classe, a ocupação, a idade e o sexo). Assim, os patrocinadores criam especificação do conteúdo e do horário de cada programa financiado a fim de alcançar consumidores potenciais. Em outras palavras, o patrocinador não aparece apenas no “intervalo comercial”, pois o conteúdo, a forma e o horário do programa já exprimem em seu próprio interior a imposição do patrocinador (CHAUÍ, 2006).

Figura 3 – Dados sobre a audiência do Programa Bem-Estar disponibilizados no site de negócios da Globo, 2017.



*PNT- Painel Nacional de Televisão

Fonte: <http://negocios8.redeglobo.com.br>

Um dos princípios editoriais do Grupo Globo diz que, em reportagens que requeiram o conhecimento técnico, é obrigatória a consulta a um especialista a fim de que não haja erros, podendo ser indicada a consulta a mais de um quando o assunto for controverso (GLOBO, 2011). Obedecendo a esse princípio, o programa *Bem-Estar* vem como uma espécie de consultório no qual

todos os dias profissionais da área da saúde abordam um tema específico, dando dicas e tirando dúvidas dos telespectadores. O programa possui sete consultores fixos que se revezam de acordo com o tema do dia: pediatra, endocrinologista, cardiologista, dermatologista, infectologista, ginecologista e preparador físico, além de outros profissionais convidados. E todas as explicações são feitas didaticamente por meio de objetos, desenhos e infográficos.

5.2.1. MATERIAL EMPÍRICO

Foi realizado um levantamento retrospectivo dos vídeos relacionados ao parto, veiculados no período de estudo de cinco anos e 10 meses. Esse período 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.

5.3. PRÉ ANÁLISE: A ESCOLHA DA AMOSTRA E ORGANIZAÇÃO DO CORPUS

Para a realização do levantamento retrospectivo do material a ser analisado, foi realizada uma pesquisa de campo de busca de vídeos do site do programa g1.globo.com/bemestar/videos. 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, inicialmente, uma pré-análise por meio de uma visualização flutuante do conteúdo do site, a fim de identificar as palavras-chaves que direcionariam aos vídeos que poderiam fazer alguma abordagem sobre a temática da pesquisa. Bardin (2007) destaca que a fase de pré-análise é a fase de organização, a qual permite considerar as intuições e sistematizar as ideias iniciais.

Para esta pesquisa foram, então, 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 Bardin (2007), devem ser respeitados em um processo de análise.

A partir da busca com as palavras-chaves, 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.

Vale lembrar que o mecanismo de busca de vídeos por palavras-chave é suscetível aos erros do próprio site que os disponibilizam. Erros de digitação podem induzir determinados vídeos a aparecerem indevidamente referenciados a outros assuntos. Os vídeos nos quais estes erros foram identificados também foram excluídos.

Foi estabelecido, então, o *corpus* da pesquisa, composto por 96 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 por meio do site *globoplay.globo.com* cujo acesso é liberado mediante o pagamento de uma taxa mensal e todo o conteúdo foi salvo em um HD externo para eventuais consultas, conforme ilustrado na Figura 1.

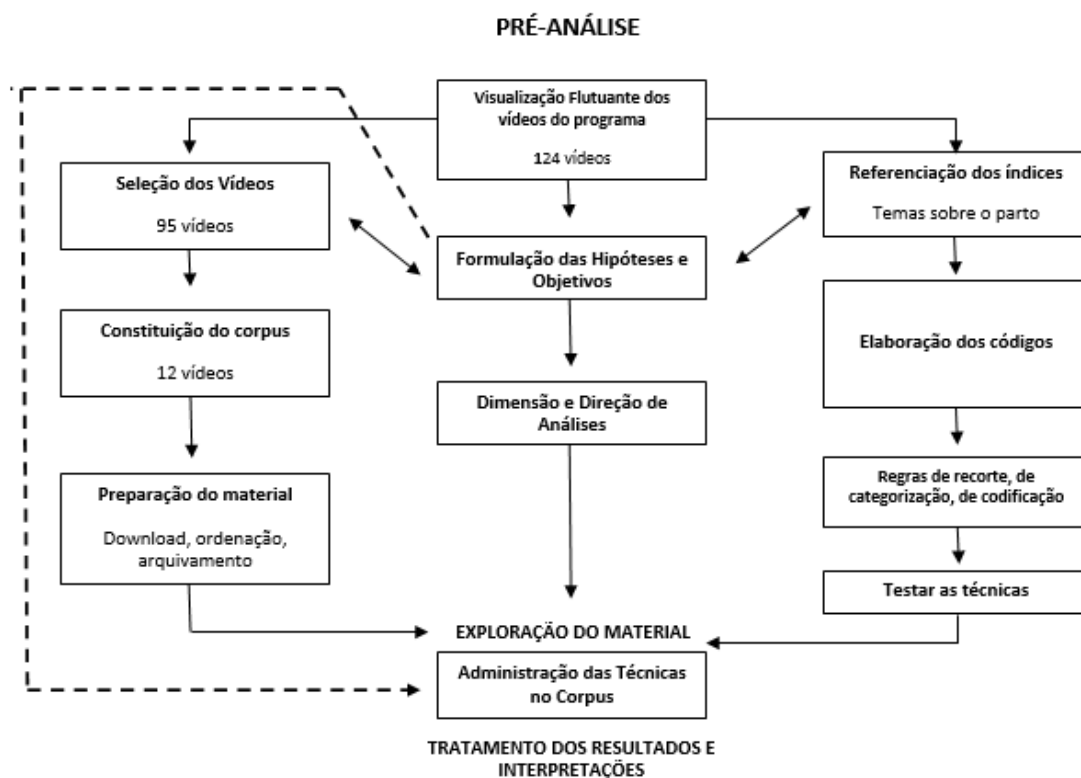


Figura 4. Pré-análise do material empírico

Fonte: adaptado de Bardin (2007)

5.4. A EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

A fase de exploração do material corresponde à aplicação sistemática das decisões tomadas na pré-análise, composta pela codificação e pela categorização do material. A codificação trata da transformação dos dados brutos do texto, seguindo regras precisas, por meio de recorte, agregação e enumeração, permitindo alcançar uma representação do conteúdo (BARDIN, 2007).

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 pesquisadores (TEMER, 2014), para a codificação dos dados foi construída uma Ficha de Identificação do Vídeo (APÊNDICE A). Esta ficha foi dividida em duas partes, sendo a primeira para caracterizar a estrutura telejornalística, contendo as seguintes variáveis:

- a) **Data de exibição:** classificado de acordo com dia, mês e ano em que foi exibido.
- b) **Tema do vídeo:** título do vídeo
- c) **Presença de recursos didáticos/visuais:** presença de algum recurso que auxiliasse na compreensão dos assuntos, como maquetes, vinhetas, animações, entre outros.
- d) **Presença de algum tipo de serviço agregado:** informações que auxiliem o telespectador na efetivação das informações prestadas ou na retirada de dúvidas, como telefones, *sítes* ou endereços.

A segunda parte da ficha visava caracterizar a abordagem temática do Parto, contendo as seguintes variáveis:

- e) **Grau em que o tema parto foi abordado:** se o parto foi abordado como assunto principal, secundário, tangencial ou não foi abordado no vídeo. A classificação foi realizada de acordo com os critérios da tabela 1.

Tabela 1 . Classificação do grau de abordagem dada ao parto nos vídeos selecionados do programa *Bem-Estar*, 2011 a 2016.

Classificação	Crítérios
Principal	Vídeos que fornecem informações específicas sobre o parto normal, o parto cesáreo ou ambos, bem como de procedimentos que permitam a comparação entre eles.
Secundária	Vídeos que abordam assuntos que dependem da ocorrência do evento do parto, porém este não é o assunto principal.
Tangencial	Vídeos que tangenciam o parto citando-o em algum momento, mas em que não há nenhum aprofundamento ou resgate do termo posteriormente.
Não aborda	Vídeos em que o parto não é mencionado em nenhum momento.

- f) **O tipo do parto citado:** se houve a citação de parto normal, parto cesáreo, ambos ou nenhum.
- g) **A(s) fonte(s) a quem foi dada a voz:** quem foram as pessoas que falaram no vídeo (médicos, familiares, doulas, psicólogos, etc).
- h) **Se houve alguma divergência entre as fontes:** se em algum momento houve uma discordância entre as falas das fontes.
- i) **Sistema de saúde que ficou em evidência:** se foi o Sistema Único de Saúde, o sistema privado de saúde, ambos ou não foi possível identificar.
- j) **Assunto principal abordado no vídeo:** qual era o assunto principal de cada vídeo.

No final da ficha havia um espaço para observações extras sobre a matéria.

A confiabilidade do processo de classificação foi garantida pela codificação por duas pesquisadoras previamente treinadas.

5.5. O TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS E INTERPRETAÇÃO

A partir do preenchimento das Fichas de Identificação dos Vídeos foi construída uma planilha com as categorias para melhor visualização e organização dos resultados (APÊNDICE B).

Foi realizada uma breve caracterização da estrutura jornalística do programa e da abordagem temática do parto por meio das categorias correspondentes. Os vídeos que apresentaram a classificação do grau em que o tema parto foi abordado como principal tiveram seus episódios rastreados e foi realizada, então, a transcrição das falas dos mesmos.

Por meio das transcrições, foi feita uma categorização das falas que resultou, inicialmente em doze categorias (APÊNDICE C) e que, posteriormente, deram

origem às cinco categorias. que embasaram a discussão sobre como o parto é representado no programa *Bem-Estar*.

5.6. QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES sob o número de registro 57862816.8.0000.5060 em 10 de agosto de 2016.

6. RESULTADOS

6.1. ARTIGO

O parto na TV: um olhar sob a perspectiva de Ivan Illich¹

The delivery on TV: a look from the perspective of Ivan Illich

¹ Pesquisa 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.

Artigo formatado segundo as normas da revista *Trabalho, Educação e Saúde* para submissão.

Resumo

Este estudo visa compreender de que 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 da análise temática de conteúdo, 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. O material empírico 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 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. Uma Comunicação efetiva e adequada acerca do assunto é fundamental para

a recuperação do exercício da autonomia das mulheres em relação ao seu corpo e seus processos vitais.

Palavras-chave: Parto; Medicalização; Comunicação em Saúde; Jornalismo.

Abstract

This study aims to understand the ways in which information about childbirth is transmitted by television media from a health utility journalism program. An exploratory, documentary research was carried out with a qualitative approach based on the thematic analysis of content, in which the researched material was composed of all videos related to childbirth that were broadcast in the program Bem Estar of Rede Globo, from February 2011 to December. The empirical material was composed of 95 videos that gave rise to five analytical categories: birth as a commodity, normalization of cesarean delivery, the counterproductive effect of cesarean sections, the alienation of pain and the search for autonomy. The discussion was based on the ideas of the author Ivan Illich on the heteronomous overproduction of the medical institution. The excess of technologies in the management of the childbirth presents consequences that cross social economic and health factors and that must be discussed openly with the society. An effective and adequate Communication on the subject is fundamental for the recovery of the exercise of women's autonomy in relation to their body and their vital processes.

Keywords: Childbirth; Medicalization; Health Communication; Journalism

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

Introdução

A televisão é considerada, atualmente, uma importante fonte de informação sobre temas de saúde e medicina, tanto para o público geral como para profissionais de saúde e esses temas têm ganhado cada vez mais espaço nos debates da mídia e da sociedade como um todo (Medeiros e Massarani, 2011; Machado, 2014).

O resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), realizada em 2015, apontou que 97,1% dos domicílios brasileiros apresentavam pelo menos um aparelho de TV. A maior parte dos brasileiros assistem à TV todos os dias da semana (73%) e o principal motivo para ficar em frente à tela é para se informar (Brasil, 2014).

A mídia jornalística tem se transformado em grande aliada do campo da saúde ao divulgar e popularizar diversos tipos de informações relevantes para a população. Contudo, a televisão adquire um papel que vai além do de mediador quando interfere na informação científica a fim de adaptá-la para transmiti-la ao público (Siqueira, 1998). Além disso, ao converter esses assuntos em notícias, muitas vezes os interesses das fontes podem se confundir com os dispositivos jornalísticos quando estas sugerem anúncios, construção de pautas e definição da abordagem que será feita com a informação (Oliveira, 2014).

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 prioridades (Cavaca; Vasconcellos-Silva, 2015).

Considerando-se que nunca houve tantas e tão variadas tecnologias de suportes de comunicação, nem tamanha circulação de conteúdos e informações sobre saúde disponível na mídia, estudá-la é de extrema importância, uma vez que pode ser

considerada, além de uma formadora de opinião pública, uma protagonista do processo de produção de sentidos que circulam socialmente (Xavier, 2006; Machado, 2014).

Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde considera que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10 a 15%. Contudo, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, mesmo após comprovação de que, ao nível populacional, taxas de cesáreas maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). Dados alarmantes demonstram que no Brasil o número deste tipo de parto está bem acima do preconizado: em 2014, foram registrados índices de cesáreas de 85% e 57% nos setores privado e público, respectivamente (SINASC, 2017; ANS, 2017).

A cesárea pode ser considerada uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos (OMS, 2015). Não deve ser vista, 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 neonatal (Leal, 2012).

Diante da epidemia de cesáreas a qual se vivencia, fica visível que o número exagerado deste tipo de parto está se tornando um problema de Saúde Pública, já que causa possíveis riscos desnecessariamente em partos que poderiam ocorrer sem intercorrências (Weidle et al., 2014).

É oportuno frisar que estudos têm concluído que, no Brasil, as mulheres que optam pela cesárea, além de serem, em sua maioria, usuárias do setor privado, são também, predominantemente, brancas e com maior escolaridade, diferentemente de outros países onde isso ocorre com mulheres mais vulneráveis socialmente (Leal et al., 2014;

Domingues et al., 2014; Diniz et al., 2016; Pires et al., 2010). Nesses casos, pode-se dizer que há um regresso da inequidade apontado pela piora dos indicadores das populações mais favorecidas. Os autores alertam que, quando essa inversão é identificada, deve-se considerar a possibilidade da assistência estar contribuindo para desfechos negativos – iatrogênicos- anulando, assim, as vantagens socioeconômicas (Diniz et al., 2016).

Esse declínio da capacidade da mulher de lidar com o fenômeno do parto e todos os fatores que o cercam, como suas dores e suas imprevisibilidades pode ser considerado resultado da medicalização do modo de nascer que, por sua vez, é um reflexo da medicalização social (Leão et al., 2013). Tesser (2006) define o processo de medicalização social como a expansão progressiva do campo de intervenção médica, por meio da reclassificação de comportamentos e experiências humanas como se fossem problemas médicos.

Para [Vasconcellos-Silva et al. \(2010\)](#), a mídia massiva possui um papel fundamental no processo de medicalização da sociedade, uma vez que ela afirma diariamente a auto-responsabilização em saúde. E, para corresponderem a isso, os indivíduos, em suas práticas de auto-cuidado, se reduzem a consumidores quando lhes são oferecidos medicamentos e procedimentos milagrosos que prometem uma sensação de vitalidade eterna ou de proteção contra riscos.

O telejornal não se remete apenas a narrar fatos, mas possui uma importante ação na vida social, mesmo após o término da sua transmissão. Entretanto, nem sempre os receptores ou demais atores sociais participam deste processo conscientemente. Assim sendo, desconstruir um telejornal a partir do seu conteúdo é crucial, pois permite a possibilidade de compreender as intenções de seus emissores, bem como as chances de alcance da mensagem em quem a recebe (Temer, 2014).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar 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 Bardin (2007), 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 40 minutos. É apresentado por dois jornalistas fixos que podem ser substituídos eventualmente, e teve seu episódio de estreia no dia 21 de fevereiro de 2011, vindo como uma substituição parcial da programação infantil matutina da TV Globo. O critério para sua escolha do programa *Bem Estar* para o estudo foi o fato deste ser considerado do gênero de jornalismo utilitário que aborda assuntos relacionados à área da saúde e da qualidade de vida. Segundo Temer (2014), 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.

Um dos princípios editoriais do Grupo Globo diz que, em reportagens que requeiram o conhecimento técnico, é obrigatória a consulta a um especialista a fim de que não haja erros, podendo ser indicada a consulta a mais de um quando o assunto for controverso

(Globo, 2011). Obedecendo a esse princípio, o programa *Bem-Estar* vem como uma espécie de consultório no qual todos os dias profissionais da área da saúde abordam um tema específico, dando dicas e tirando dúvidas dos telespectadores.

O período de estudo de cinco anos e 10 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

Para a realização do levantamento retrospectivo do material a ser analisado, foi realizada uma pesquisa de campo de busca de vídeos do site do programa g1.globo.com/bemestar/videos. 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 do site, a fim de identificar as palavras-chaves que direcionariam aos vídeos que poderiam fazer alguma abordagem sobre a temática da pesquisa. Para esta pesquisa foram, então, 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 Bardin (2007), devem ser respeitados em um processo de análise.

Vale lembrar que o mecanismo de busca de vídeos por palavras-chave é suscetível aos erros do próprio site que os disponibilizam. Erros de digitação podem induzir determinados vídeos a aparecerem indevidamente referenciados a outros assuntos. Os vídeos nos quais estes erros foram identificados também foram excluídos.

A partir da busca com as palavras-chaves, 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.

Foi estabelecido, então, o *corpus* da pesquisa, 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 e todo o conteúdo foi salvo em um HD externo para eventuais consultas.

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 pesquisadores (Temer, 2014), para a codificação dos dados foi construída uma Ficha de Identificação do Vídeo. Esta ficha foi dividida em duas partes, sendo a primeira para caracterizar a estrutura telejornalística, cujas variáveis eram: a data de exibição, o tema do vídeo, a presença de recursos didáticos/visuais ou algum tipo de serviço agregado. Já a segunda parte visava caracterizar a abordagem temática do Parto, contando com as seguintes variáveis: grau em que o tema parto foi abordado cujos critérios de classificação encontram-se na tabela 1, o(s) tipo(s) de parto(s) citado(s); a(s) fonte(s) a quem foi dada a voz e se houve alguma divergência entre elas; o sistema de saúde que ficou em evidência (sistema público ou privado) e quais eram os assuntos principais relacionados a cada vídeo. No final da ficha havia um espaço para observações extras referentes ao vídeo.

A confiabilidade do processo de classificação foi garantida pela codificação por duas pesquisadoras previamente treinadas.

Tabela 1. Classificação do grau de abordagem dada ao parto nos vídeos selecionados do programa *Bem-Estar*, 2011 a 2016.

Classificação	Crítérios
Principal	Vídeos que fornecem informações específicas sobre o parto normal, o parto cesáreo ou ambos, bem como de procedimentos que permitam a comparação entre eles.
Secundária	Vídeos que abordam assuntos que dependem da ocorrência do evento do parto, porém este não é o assunto principal.
Tangencial	Vídeos que tangenciam o parto citando-o em algum momento, mas em que não há nenhum aprofundamento ou resgate do termo posteriormente.
Não aborda	Vídeos em que o parto não é mencionado em nenhum momento.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Após o preenchimento das Fichas de Identificação dos Vídeos foi construída uma planilha com as categorias para melhor visualização e organização dos resultados. Foi realizada uma breve caracterização da estrutura jornalística do programa e da abordagem temática do parto por meio das categorias correspondentes. A partir dos vídeos que tiveram o parto como tema central, emergiram cinco categorias de falas que serviram de base para a discussão sobre de como o parto é representado no programa *Bem-Estar*.

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 analisar 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. Nos 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 microcefalia (Brasil, 2015b; Brasil, 2015c; Brasil, 2015d). Esses acontecimentos justificam o maior número de vídeos neste ano, visto que são referentes a um tema relacionado à gestação.

O programa *Bem-Estar* pode ser classificado como um programa de gênero utilitário, ou de serviço, uma vez que possui como função social o auxílio nas tomadas de decisões cotidianas (Marques de Melo e Assis, 2013). Esse tipo de gênero tem ganhado espaço no rádio, na televisão e na internet, englobando conteúdos que objetivam prestar algum tipo de serviço ao público, ou de utilidade pública, com a intenção orientar, esclarecer ou mesmo chamar a atenção do telespectador para determinado problema (Temer, 2013).

Face ao exposto, pode-se concluir que a presença de recursos didáticos/gráficos, tais como animações, vinhetas e maquetes, registradas em 59 (62%) dos vídeos é decorrente do conteúdo majoritariamente didático e orientador, característica que distingue o gênero utilitário dos demais (Temer, 2013). Vale lembrar que é a imagem que está em primeiro plano na TV e através dela, conseqüentemente, há uma melhor captação das informações visualizadas. Assim, os recursos visuais criados a partir de informações

têm como finalidade ajudar o telespectador a assimilar da melhor forma a mensagem transmitida (Paternostro, 1999).

Em contrapartida, a presença de serviços agregados foi identificada em apenas três vídeos, o que contradiz a característica dos programas de gêneros utilitários de ser de utilidade pública. Em 92 vídeos não há o fornecimento de informações como contatos de hospitais ou órgãos que possam auxiliar o telespectador na efetivação das informações prestadas ou no esclarecimento de dúvidas. A falta desse suporte deixa o telespectador dependente da assistência desta mídia e o jornalismo de serviço deixa, assim, de cumprir sua função de utilidade pública plenamente.

As variáveis referentes à abordagem temática do parto foram elencadas na Tabela 2.

Tabela 2 . Análise das variáveis relativas à abordagem temática do Parto nos 95 vídeos selecionados do programa *Bem-Estar*, 2011 a 2016.

Variável	Categoria	N	%
Grau de abordagem dada ao parto	Principal	12	13%
	Secundária	5	5%
	Tangencial	12	13%
	Não foi abordado	64	69%
Tipo de parto citado	Parto normal	5	5%
	Parto cesáreo	3	3%
	Ambos	9	10%
	Não foi identificado	12	13%
	Não foi citado	66	69 %
Fonte a quem é dada a voz	Médico (a)	73	76%
	Mulher/Mãe/Gestante	46	48%
	Pai	10	10%
	Outros*	13	14%
Sistema de saúde em evidência	Sistema Privado de Saúde	6	6%
	Sistema Único de Saúde	6	6%
	Ambos	1	1%
	Não se aplica/não foi identificado	82	87%

*A categoria outros é composta por enfermeiro(a), engenheiro(a) de alimentos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), nutricionista, cabeleireiro(a), psicólogo(a), doula e diretor/gerente de unidade de saúde.

Em relação à classificação da abordagem dado ao parto nos vídeos, 12 foram classificados como abordagem principal, cinco como secundária, 12 como tangencial e 66 vídeos não abordavam o parto.

A partir dos 12 vídeos que tinham o parto como tema principal, foram identificados seus episódios correspondentes totalizando, no total, sete episódios: 03/12/13; 23/08/13; 10/07/14; 12/05/15; 02/09/15; 25/12/15; 21/06/16. Esses episódios foram transcritos e foram identificados, a partir dos resultados, falas relacionadas ao parto que serão utilizadas como base para a discussão qualitativa.

Dos episódios que abordaram o parto como tema principal (n=12), prevaleceu a abordagem de ambos os partos, identificada em sete vídeos (58%). A fonte a quem foi

dada a voz foi, predominantemente, o médico, que apareceu em 11 vídeos (92%). E, em relação ao sistema de saúde, o sistema privado ficou em evidência em três vídeos (25%), sendo que o SUS não foi identificado nenhuma vez.

Nos vídeos que apresentaram uma abordagem secundária do parto (5%), os temas associados foram células-troncos, complicações decorrentes do parto, doenças associadas à gestação e doenças ginecológicas.

Nos vídeos nos quais o parto foi assunto tangencial (13%) os assuntos abordados foram amamentação, saúde do bebê, gestação de risco, doenças associadas à gestação, imunização, puerpério, saúde bucal e os desafios da maternidade.

Já nos vídeos em que o parto não foi abordado (67%) os temas registrados foram a saúde do bebê, microcefalia/Zika vírus, mudanças corporais relacionadas à gestação, hábitos alimentares, doenças associadas à gestação, pré-natal, amamentação, imunização em gestantes, planejamento familiar, consumo de álcool durante a gestação, gravidez de risco, cuidados estéticos, doenças ginecológicas e os desafios da maternidade.

Com relação ao tipo de parto citado, observa-se que não houve predominância de um tipo de parto. Contudo, chama a atenção o fato de que em um universo amostral referente a mais de cinco anos de programa, apenas 12 vídeos, editados de sete episódios, abordaram o parto diretamente, como assunto principal (tabela 2).

Sobre as fontes a quem é dada a voz, percebe-se que houve uma predominância do discurso médico em relação às outras categorias de profissionais (tabela 2). Isso reflete a cultura na qual o médico ainda é visto como o detentor do saber que definirá a melhor conduta diante das questões de saúde.

É inegável que profissionais ao serem convidados por emissoras de televisão para discursar sobre determinado assunto, adquirem um importante reconhecimento. Porém, devido

aos interesses econômicos desse meio, é necessário ficar atento se essa colaboração não prejudica a autonomia do campo em discussão, submetendo-se às exigências de poderes externos como o do Estado, o da Igreja, o jornalismo ou o da própria televisão (Bourdieu, 1997).

Com relação ao sistema de saúde que ficou em evidência, não houve predominância de um sobre o outro, uma vez que tanto o SUS quanto o sistema privado de saúde foram identificados em apenas seis vídeos cada (tabela 2). Vale destacar, entretanto, a baixa abordagem do SUS pelo programa, uma vez que quando se deixa de informar adequadamente a população sobre esse sistema, sua visibilidade se torna frágil no cenário das lutas políticas e ideológicas do país. Além disso, as principais imagens e informações divulgadas pela mídia sobre o SUS são mais comumente referentes às mazelas e dificuldades do setor. Em contrapartida, ao se referir ao setor privado, a mesma mídia é mais tolerante e incapaz de criar um quadro de análise a partir do qual a população possa reconhecer os sistemas público e privado como complementares e não antagônicos (Oliveira, 2000).

Em apenas um vídeo foi observada divergência entre fontes consultadas.

A partir dos episódios correspondentes aos vídeos que abordaram o parto como tema principal foram extraídas falas que foram agrupadas em categorias sistematizadas e definidas de acordo com a tabela 3.

Tabela 3. 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	<i>“ E l e s p a s s a r a m t r a b a l h a d o n o p l a n t ã o e n ã o m a i s p o r p r o c e d i m e n t o ”</i>	O parto é abordado como um produto comercializável, sujeito às regras de mercado.
A normalização da cesárea como modo de nascer	<i>“ A f i l h a d o f u l a n o , a f i l h a d a m i n h a a m i g a , a f i l h a d o m e u p r i m o . . . C e s á r e a , c e s á r e a , c e s á r e a . . . V o c ê n ã o a c h a u m q u e ”</i> <i>“ E j á t e n h o u m a f i l h a d e o i t o a n o s q u e n a s c e u d e c e s á r e a e e u t e n h o q u a t r o s o b r i n h o s q u e n a s c e r a m d e c e s á r e a . ”</i>	A cesárea é incorporada pela sociedade como modo habitual e corriqueiro de nascer.
O efeito contraprodutivo das cesáreas	<i>“ . . . g a s t o m o m i n t e r n a ç ã o c o m u m f e t o p r e m a t u r o é d e 5 0 m i l d ó l a r e s . E n t ã o , f a l a n d o n a n o s s a m o e d a , p o r v o l t a d e 2 0 0 m i ”</i>	Consequências do fenômeno de contraprodutividade nos sistemas de saúde.
Alienação da dor	<i>“ A g o s e r t i r a r s ó a d o r , e n t ã o e l a c o n s e g u e f a z e r , e l a c o n s e g u e a j u d a r o m é d i c o a c o l o c a r a q u e l e n e n é m p r a f o r a s e m s e n t i r ”</i>	O tratamento da dor na sociedade medicalizada.
Em busca da autonomia	<i>“ M a s , u m a v e z q u e e s s a p e s s o a é c o n s c i e n t e e i n f o r m a d a , e l a t e m o d i r e i t o d a e s c o l h a d e l a ”</i> <i>“ E a í e l a t e v e q u e b r i g a r c o m m e i o m u n d o p r a t e n t a r o t ã o s o n h a d o p a r t o n o r m a l d e p o i s d e t r ê s c e s a r i a n a s . ”</i>	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 em que é possível observar a abordagem da saúde como um produto ao qual é possível se atribuir um valor, comercializável, e a

importância desse fato para determinar a ocorrência do tipo de parto, como as que seguem:

“ Os médicos do caso 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 (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 do médico realizar um número maior de procedimento, o que seria improvável no caso do parto normal (Carneiro, 2015; Faúndes e Cecatti, 1991; Moraes e Goldenberg, 2001).

Outro aspecto econômico que deve ser ressaltado é o aumento da incidência de cesáreas na medida em 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 de pré-pagamento que ocorrem mais cesáreas sem justificativa baseada em critérios técnicos, quando comparados aos SUS (Oliveira et al., 2016; Yazlle et al., 2001). Diante do exposto, ao considerar 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 Teixeira (2015) concordam ao afirmar que a preferência das mulheres pela cesárea está de acordo com o que é ofertado no mercado privado do nascimento:

“A infraestrutura, os recursos tecnológicos e humanos, os serviços não médicos das maternidades particulares, os modos de organização do processo de trabalho médico no setor privado, as lógicas econômicas que regem o financiamento da assistência ao nascimento, a remuneração médica e o lucro dessas empresas médicas estão voltados para esse modelo de assistência ao parto” (Nakamo, Bonam e Teixeira, 2015, p. 900).

Ivan Illich (1975) defende que esses fatos são reflexos da sociedade superindustrializada na qual curar foi deixando de ser uma atividade do doente e passou a se tornar cada vez mais ação do responsável pelo paciente. E, à medida em que esse responsável passou a cobrar pelos seus serviços, curar deixou de ser um dom para virar 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 que justificaria o aumento de sua incidência em grupos de maior renda, com menores riscos obstétricos, no entanto (Yazlle et al., 2001).

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 fetos. Contudo, essa situação favorável foi acompanhada de grande aumento nas indicações de cesáreas em todo o mundo (Cardoso; Alberti; Petroianu, 2010). Prova disso são os dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) que indicam que no Brasil, em 2015, foram registrados cerca de três milhões de nascimentos, sendo que, destes, 55,5% foram cesáreas, número bem superior aos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O parto cesáreo, que deveria ser então uma alternativa apenas para os casos em que há riscos para a mãe e o bebê com indicações precisas, transformou-se uma prática normal e 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 moderna (Nakamo, Bonam e Teixeira, 2015). Essa normalização da cesárea é identificada nas falas abaixo:

“ A f i l h a d o f u l a n o , a f i l h a d a m i n h a a m i g a 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 Illich (1975) defende que existem dois tipos de ações/produções em saúde: as autônomas que são aquelas em que o próprio indivíduo produz em seu meio social; e as heterônomas que são aquelas produzidas por profissionais de saúde especializados e institucionalizadas. 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. Assim, houve uma tendência ao monopólio das ações de saúde heterônomas em detrimento das ações autônomas (Illich, 1975).

No âmbito 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 capitalista (Santos Neto et al., 2008).

Face ao exposto, Illich (1975) 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 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 medicalizáveis (Illich, 1975).

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 contraprodutividade. 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 produziu (Illich, 1975).

O ponto fundamental é que, se no momento em que se almeja alcançar 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 paradoxo preocupante. É criado, então, um círculo vicioso, gerando a ilusão de mais necessidade de ações heterônomas para corrigir e/ou compensar os efeitos paradoxais produzidos (Leão et al., 2013).

É preciso acentuar que no que se refere à mulher, a cesárea aumenta os riscos de hemorragia pós-parto, internação em UTI, mortalidade e ruptura uterina em gestações posteriores com placentação anormal. Além disso, também podem 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 infância (Leal, 2012). Diante disso pode-se afirmar, portanto, que a realização exacerbada de cesáreas está relacionada 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)

A fala acima só confirma o pensamento de Illich (1975) 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.

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 sofrimento (Illich, 1975).

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 sensações (Illich, 1975).

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 a dor, 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 (Faundes e Cecatti, 1991; Nakano, Bonam e Teixeira, 2015; Rodrigues e Siqueira, 2008). 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 parto (Pereira, Franco e Baldin, 2011).

Pereira, Franco e Baldin (2011) 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 cirúrgicos (Nakano, Bonam e Teixeira, 2015).

Para Illich (1975), um ponto preocupante é que essa diminuição do sofrimento, ou da dor, tem sido compensada com um aumento da dependência médica através de anestésias, medicamentos, 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 beneficência significa a obrigação de ajudar ou causar o bem ao outro; a não-maleficência significa obrigação de não causar dano ao outro; a justiça se refere a uma equidade no acesso aos serviços de saúde e, finalmente, a autonomia, ou respeito à autonomia, se refere ao respeito às escolhas pessoais dos indivíduos sobre seu corpo e sua vida (Almeida, 1999).

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 contradição (Almeida, 1999). 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 em determinados países, por exemplo.

Leão et al. (2013) destacam, entretanto, que no caso da epidemia de cesárea esse confronto de princípios não ocorre, já que a beneficência só se daria por meio de cesáreas com justificativas obstétricas e a maior parte das mulheres, principalmente no setor suplementar, têm sido submetidas a cesáreas desnecessárias.

Illich (1975) afirma que o poder monopolizador de uma sociedade medicalizada se implanta de tal forma que a maior parte das pessoas perdem o poder a vontade de ser auto-suficiente e acaba acreditando que é impossível agir de forma autônoma. De fato, Bastos, Silva e Beraldi (2009) 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, essa autonomia deve ser desenvolvida no sentido de instensificar as relações com os serviços de saúde de modo que, à medida em 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 consciente (Bastos, Silva e Beraldi, 2009). A fala abaixo ilustra o processo de construção da autonomia por meio da informação:

“ A g e n t e a j u d a a c o n s t r u i r o e m p o d e r a m e n t o 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 (Pe25/12/15.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 saúde (Leão et al, 2013). Nessa perspectiva, Pires et al. (2010) destacam o fato de que o pré-natal seria um espaço importante para o profissional médico informar e influenciar 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 (Pires et al., 2010; Weidle et al., 2014). Fica patente, então, que o discurso da cesárea ainda tem se demonstrado mais sedutor. Pires et al. (2010) levantam a possibilidade de um aconselhamento enviesado por parte dos profissionais da saúde quem seriam influenciados por fatores como conveniência econômica e financeira.

A sociedade civil tem se posicionado contra esse cenário de cesáreas desnecessárias, uso abuso de tecnologias e de farmacologia. As mulheres têm se organizado em grupos numerosos que debatem o assunto nas redes sociais, *blogs* e sites, buscando resgatar o nascimento como evento de profundas repercussões pessoais, além de incentivar a autonomia das mulheres de modo que tenham poder real de decisão sobre seus corpos e seus partos (Carneiro, 2015). Contudo, a efetivação das ações tem encontrado barreiras:

“ Q u a t r o a n o s d e p o i s d o t e r c e i r o f i l h o e a T brigar com meio mundo para tentar o tão sonhado parto normal depois de três c e s a r (Pa25/12/15; Fonte: repórter)

A fala acima ilustra como pode ser difícil a produção uma ação autônoma em relação ao parto. Além disso, priva os consumidores do cuidado-mercadoria da possibilidade de criarem uma visão crítica de seus hábitos (Illich, 1975). Cabe frisar, aqui, que acesso à informação através dos meios de comunicação em massa, especialmente da televisão devido ao seu potencial de alcance na população, é uma ferramenta fundamental para desconstrução dessa cegueira 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 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 médicos. Ademais, foi estipulada a obrigatoriedade do partograma, bem como do cartão da gestante no serviço de saúde suplementar (Brasil, 2015a).

O Ministério da Saúde 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 a 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 dignidade (Brasil, 2011).

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, muitas vezes induzido por desencorajamento, por informações desconstruídas ou pela falta delas, podem ser considerados preditores sobre como se procederá no momento do nascimento.

É pertinente a realização de estudos sobre os discursos que os profissionais têm apresentado no pré-natal, uma vez que o efeito que se tem observado é contrário ao esperado: quanto mais consultas, maior a escolha pela cesárea.

Desse modo, os resultados encontrados permitiram entender que cenário atual das práticas obstétricas é resultado de um imperialismo médico que culmina em uma medicalização exacerbada do corpo e da sociedade, características da sociedade industrial.

Movimentos de resistência têm surgido reivindicando o modo normal de dar a luz e, partindo da função social do jornalismo utilitário, espera-se que ele exerça a sua potência de informar e educar sobre temas de saúde relevantes para a Saúde Pública, uma vez que é a partir da informação que é possível se exercer uma cidadania com autonomia. Para isso, o campo da Comunicação deve estar em constante diálogo com o campo da Saúde, concebendo uma arena de debates confluentes e construtivos.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, José L. T. Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlialista da Relação Médico-Paciente. 130 fl. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BASTOS, Silvia; SILVA, Ana L.; BERALDI, Rosimere. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: KEINERT, Tania M. M.; PAULA, Silvia H.B.; BONFIM, José R. A. (Org.). *As ações judiciais no Sistema Único de Saúde e a promoção do direito à saúde*. São Paulo, Instituto de Saúde, 2009. p.109-118.

BOURDIEU, Pierre. *Sobre a televisão*. 1 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 368, de 06 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, 2015a.

BRASIL, Secretaria de Comunicação Social. Pesquisa Brasileira de Mídia 2015: hábitos de consumo da mídia pela população brasileira. Brasília, 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim Epidemiológico. *Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença*, v. 46, n. 26, 2015b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim Epidemiológico. *Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil*, 2015, v. 46, n. 34, 2015c.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim Epidemiológico. *Monitoramento dos casos de microcefalias no Brasil até a Semana Epidemiológica 47*, v. 46, n. 38, 2015d.

CARDOSO, Priscila O.; ALBERTI, Luiz R.; PETROIANU, Andy. Morbidade Neonatal e Materna relacionada ao tipo de parto. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.427-435, 2010.

CARNEIRO, Rosamaria. G. *Cenas de parto e políticas do corpo*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CAVACA, Aline G.; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo. R. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 83-94, 2015.

DINIZ, Carmen S. G. et al. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil? Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 33-44, 2016.

DOMINGUES, Rosa M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José G. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

GLOBO. *Princípios editoriais do Grupo Globo*. Texto disponibilizado em 6 ago. 2011. Disponível em: http://grupoglobo.globo.com/principios_editoriais.php. Disponível em: 16 mar. 2016.

LEAL, Maria C. Estar grávida no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1420-1421, 2012.

LEAL, Maria C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saude Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-47, 2014.

LEÃO, Mirian R. C. et al. Reflexão sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

MACHADO, Inesita B. Percepções sobre o SUS: o que a mídia mostra e o que é revelado em pesquisa. In: LERNER, Katia.; SACRAMENTO, Igor. (Orgs.) *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 235-250.

MARQUES DE MELO, José; ASSIS, Francisco. A natureza dos gêneros e dos formatos jornalísticos. In: SEIXAS, Lia; PINHEIRO, Najara F. (Org.). *Gêneros: um diálogo entre comunicação e Linguística Aplicada*. Florianópolis: Insular, 2013, p.19-38.

MEDEIROS, Flavia N. S.; MASSARANI, Luisa. A cobertura da gripe A(H1N1) 2009 pelo Fantástico. *Rev. Bras. De Ciên. Da Com.*, São Paulo, v.34, n.1, p. 41-59, 2011.

MORAES, Maria S.; GOLDENBERG, Paulete. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 509-519, 2001.

NAKANO, Andreza R.; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 885-904, 2015.

OLIVEIRA, Rosana R. et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 734-741, 2016.

OLIVEIRA, Valdir C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. *Interface _Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.4 , n.7, p.71-80, 2000.

OLIVEIRA, Valdir. C. As Fabulações Jornalísticas e a Saúde. In: LERNER, Katia.; SACRAMENTO, Igor (Org.). *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 35-60.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração da OMS sobre taxa de cesáreas*. 2015. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf Acesso em 25 mar. 2016.

PATERNOSTRO, Vera I. *O Texto na TV: Manual de Telejornalismo*.1.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PEREIRA, Raquel R. et al. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011.

PIRES, Denise et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, 2010.

SANTOS NETO, Edson T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SIQUEIRA, Denise C. O. Ciência na televisão: mito, ritual e espetáculo. *Rev. Bras. De Ciên. Da Com.*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 57-69, 1998.

TEMER, Ana C. R. P. Desconstruindo o telejornal: um método para ver além da melange informativa. In: VIZEU, Alfredo et al. (Org.). *Telejornalismo em questão*. Florianópolis: Insular, 2014, p. 27-52.

TEMER, Ana C. R. P. Jornalismo de serviço: entre a informação, o consumo e a cidadania. In: SEIXAS, Lia; PINHEIRO, Najara F.(Orgs.). *Gêneros: um diálogo entre comunicação e Linguística Aplicada*. Florianópolis: Insular, 2013.

TESSER, Charles D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface –Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006.

WEIDLE, Welder G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 46-53, 2014.

XAVIER, Caco. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia. In: SANTOS, Adriana (Org.) *Caderno mídia e saúde pública*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/Funed, 2006. p. 43-55.

YAZLLE, Marta E. H. D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 202-206, 2001.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da Comunicação e Saúde é um campo onde se cruzam conhecimentos das duas importantes áreas do saber. Exige adentrar o território do outro e deixar-se moldar por novas formas de enxergar e de compreender os códigos e as linhas de influência que perpassam a sociedade.

A mídia representa um componente essencial para divulgação de conhecimentos científicos, sendo importante verificar a forma como isso tem sido realizado.

O gênero utilitário, devido a seu caráter educador, gerador de ações por parte da sociedade deve ser monitorado quanto ao conteúdo, seu alcance e à forma como tem sido transmitido.

Constatou-se um vasto material empírico de vídeos relacionados ao parto. Contudo, os vídeos que abordaram o tema como principal assunto levaram a um baixo número de episódios específicos no universo amostral. Considerando a relevância do tema para o cenário atual da saúde no Brasil, evidencia-se a necessidade de uma maior valorização do mesmo pela mídia televisiva.

O manejo do parto como mercadoria, influenciado por múltiplos fatores obstétricos e não-obstétricos, apresenta consequência sociais, econômicas e que impactam diretamente nos níveis de saúde de uma população.

O pensamento de Ivan Illich (1975), apesar de ter sido documentado há mais 40 anos, permanece fiel aos acontecimentos da atualidade. A sociedade moderna é cada vez mais dependente da cultura médica, uma vez que a medicalização de todas as fases da vida tem sido, gradativamente, mais normalizada e incorporada.

Vale ressaltar, entretanto, que movimentos de resistência em busca de uma assistência à saúde com menos tecnologias têm surgido e ganhado força graças aos meios de comunicação como a internet. Os meios que funcionam “de todos para todos” e não mais “de um para todos” tem possibilitado uma troca de informações na qual é possível perceber passos, ainda discretos, em busca de um resgate da autonomia.

O Ministério da Saúde tem buscado meios de regular a assistência obstétrica do país, tanto na esfera pública, quanto na esfera privada, a fim de diminuir os índices de cesáreas desnecessárias. No entanto, ainda há muito a ser feito. A

criação de políticas públicas que incentivem um processo de Comunicação eficaz e transparente, no sentido de aumentar a autonomia do indivíduo à medida em que se aumenta o contato com o serviço de saúde, deve ser constantemente repensada.

9. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. L. T. **Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido**: Uma Abordagem Principlialista da Relação Médico-Paciente. 1999 130 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BARBIANI, R.; JUNGES, J. R.; ASQUIDAMINE F.; SUGIZAKI, E. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 567-587, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BASTOS, S.; SILVA, A. L.; BERARDI, R.. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: KEINERT, T. M. M.; PAULA, S. H. B.; BONFIM, J. R. **A. As ações judiciais no Sistema Único de Saúde e a promoção do direito à saúde**. São Paulo, Instituto de Saúde, 2009. p.109-118.

BOURDIEU, P. **Sobre a televisão**. 1 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 368, de 06 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. **Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro, 6 jan. 2015a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso em 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: assistência qualificada e humanizada**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL. Portaria nº399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em 23 mar. 2016.

BRASIL. Portaria nº569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema único de Saúde e dá outras providências. **Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 jun. 2000. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>
Acesso em 28 mar. 2016.

BRASIL, Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1986.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Pesquisa Brasileira de Mídia 2015**: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. Brasília, 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim Epidemiológico. **Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença**, v. 46, n. 26, 2015b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim Epidemiológico. **Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil, 2015**, v. 46, n. 34, 2015c.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim Epidemiológico. **Monitoramento dos casos de microcefalias no Brasil até a Semana Epidemiológica 47**, v. 46, n. 38, 2015d.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 135-149, 1991.

CAPPARELLI, S.; LIMA, V. A. **Comunicação e televisão**: desafios da pós-globalização. 1 ed. São Paulo: Hacker Editores, 2004.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. Saúde coletiva**. v. 15, n. 2, p. 427-435, 2010.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVACA, A. G.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 83-94, 2015.

CHAUI, M. **Simulacro e poder**: uma análise da mídia. 1 ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2006.

COSTA, J. F. **Ordem médica e Norma Familiar**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1982.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRZYNSZPAN, D.; SOUZA, M. C. B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface ± Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 363-380, 2006.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. 222 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1996.

DINIZ, C. S. G. Humanização na assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G.; MIRANDA, J. M.; QUEIROZ, J. R.; QUEIROZ, M. R.; SALGADO, H. O.. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil? Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 33-44, 2016

DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J. A.; DIAS, M. A. B.; SCHNECK, C. A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; RANCE, S.; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 140-153, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; TORRES, J. A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. *A Operação Cesárea no Brasil*. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FAUSTO-NETO, A. Saúde em uma sociedade midiaticizada. **ECO-PÓS**, v. 10, n.1, 2007. p. 198-205. Entrevista concedida a Ana Paula Goulart Ribeiro, editora chefe da revista ECO-PÓS. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/eco_pos/article/view/1049> Acesso em 27 mar. 2016.

FERRAZ, L. M. R.; LERNER, K. Sob o signo do patológico na mídia: risco, cuidado eletrônico e medicalização nos discursos de Veja e Época. 2013. **XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, Manaus, 2013. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2013/resumos/R8-1855-1.pdf>> Acessado em 27 mar. 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 27 ed. São Paulo: Edições Graal, 2009.

FREITAS, F. Mídia e Saúde: a notícia de saúde no MGTV 1ª edição (Rede Globo), uma análise sobre o jornalismo público e sensacionalista. **Comunicação & Saúde**. v.3, n.5, 2006.

GLOBO. **Princípios editoriais do Grupo Globo**. Texto disponibilizado em 6 ago. 2011. Disponível em: http://grupoglobo.globo.com/principios_editoriais.php. Acesso em: 16 mar. 2016.

HAMBURGER, E. **O Brasil antenado: A sociedade da novela**. 1 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

KUHN, P. L.; DANDA, L.P.S. TV para Crianças: o impacto do fim da programação infantil diária da TV Globo. 2014. **XV Congresso de Ciência da Comunicação na Região Sul**, Palhoça, 2014. Disponível em: <http://www.portalintercom.org.br/anais/sul2014/resumos/R40-0640-1.pdf> Acesso em 26 mar. 2016.

LEAL, M. C. Estar grávida no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1420-1421, 2012.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M. H.; DA GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-47, 2014.

LEÃO, M. R. C.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. Reflexão sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

LUIZ, O. C. Jornalismo científico e risco epidemiológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 717-726, 2007.

MACHADO, I. B. Percepções sobre o SUS: o que a mídia mostra e o que é revelado em pesquisa. In: LERNER, K.; SACRAMENTO, I. **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 235-250.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte, 193fl. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades, PUC-MG, Belo Horizonte, 2008.

MARQUES DE MELO, J. **Comunicação**: direito à informação. 1 ed. Campinas: Papirus, 1986.

MARQUES DE MELO, J.; ASSIS, F. A natureza dos gêneros e dos formatos jornalísticos. In: SEIXAS, L.; PINHEIRO, N. F. **Gêneros**: um diálogo entre comunicação e Linguística Aplicada. Florianópolis: Insular, 2013, p.19-38.

MARTINO, L. M. S. **Teoria da comunicação**: ideias, conceitos e métodos. 4 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

MARTINO, L. C. De qual comunicação estamos falando? In: HOLFELDT, A; MARTINO, L. C.; VEIGA, V. T. **Teorias da comunicação**: conceitos, escolas e tendências. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

MATTA, G. C. Medicalização e Gestão do Cuidado em Saúde. **Saúde & Transformação Social**, Santa Catarina, v. 4, n. 3, p. 37-42, 2013.

MCQUAIL, D. **Teoria da comunicação de massas**. 1 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

MEDEIROS, F. N. S.; MASSARANI, L. A cobertura da gripe A(H1N1) 2009 pelo *Fantástico*. **Rev. Bras. De Ciên. Da Com.**, São Paulo, v.34, n.1, p. 41-59, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, M. S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 17, n.3, p. 509-519, 2001.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. *A normalização da cesárea como modo de nascer*: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 885-904, 2015.

OLIVEIRA, R. R.; MELO, E. C.;NOVAES, E. S.; FERRACIOLI, P. L. R. V.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 734-741, 2016.

OLIVEIRA, V. C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface _Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.4 , n.7, p.71-80, 2000.

OLIVEIRA, V. C. As Fabulações Jornalísticas e a Saúde. In: LERNER, K.; SACRAMENTO, I. **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 35-60.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxa de cesáreas.** 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf
Acesso em 25 mar. 2016.

PARIS, G. F.; MONTESCHIO, L. V. C.; OLIVEIRA, R. R.; LATORRE, M. R. D. O.; PELLOSO, S. M.; MATHIAS, T. A. F. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 548-554, 2014.

PATERNOSTRO, Vera I. **O Texto na TV: Manual de Telejornalismo.** 1.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011.

PINTO, V.N. **Comunicação e cultura brasileira.** 5 ed. São Paulo: Editora Ática, 2007.

PIRES, D.; FERTONANI, H. P.; CONILL, E. M.; CORDOVA F. P.; MAZUR, C. S. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, 2010.

QUEIROZ, M. V. O.; SILVA, A. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 18, n. 1, p. 29-37, 2003.

RIBEIRO, A. P.; SACRAMENTO, I.; ROXO, M. **História da televisão no Brasil:** do início aos dias de hoje. 1 ed. São Paulo, Editora Contexto, 2010.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2008.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SIQUEIRA, D. C. O. Ciência na televisão: mito, ritual e espetáculo. **Rev. Bras. De Ciên. Da Com.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 57-69, 1998.

SODRÉ, M. **A Comunicação do Grotesco**: Introdução a cultura de massa. 7 ed. Petrópolis, Editora Vozes Ltda, 1978.

TEMER, A. C. R. P. Desconstruindo o telejornal: um método para ver além da melange informativa. In: VIZEU, A.; MELLO, E.; PORCELLO, F.; COUTINHO, I. **Telejornalismo em questão**. Florianópolis: Insular, 2014, p. 27-52.

TEMER, A. C. R. P. Jornalismo de serviço: entre a informação, o consumo e a cidadania. In: SEIXAS, L.; Pinheiro, N. F. **Gêneros**: um diálogo entre comunicação e Linguística Aplicada. Florianópolis: Insular, 2013.

TOLIPAN, H. **Batido o martelo**: programa de Fátima Bernardes substitui 'TV Globinho'. *Jornal do Brasil*, 05 dez. 2011. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/heloisa-tolipan/noticias/2011/12/05/batido-o-martelo-programa-de-fatima-bernardes-substitui-tv-globinho/>>. Acesso em: 29 mar. 2015.

WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; BOSCO, S. M. D. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 46-53, 2014.

XAVIER, C. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia. In: SANTOS, A. **Caderno mídia e saúde pública**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/Funed, 2006. P. 43-55.

YAZLLE, M. E. H. D.; ROCHA, J. S. Y; MENDES, M. C.; PATTA, M. C.; MARCOLIN, A. C.; AZEVEDO, G. D. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 202-206, 2001.

ZYLBERKAN, M. **Globo reforça investida na classe C em 2012**. Veja.com, 06 mar. 2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/celebridades/globo-reforca-investida-em-classe-c-em-2012>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

10. APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de Identificação do Vídeo

Ficha de Identificação do Vídeo- Análise do programa <i>Bem-Estar</i>	
1. Data da exibição	
2. Tema da matéria	
3. Presença de recursos didáticos/visuais	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?
4. Presença de serviços agregados	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?
5. Grau em que o parto foi abordado	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secundária <input type="checkbox"/> Tangencial
6. Tipo de Parto citado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Não foi identificado <input type="checkbox"/> Outro Qual?
7. Fontes a quem foi dada a voz.	
8. Houve divergência entre as falas da fontes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
9. Qual sistema de saúde em evidência?	<input type="checkbox"/> Sistema Único de Saúde <input type="checkbox"/> Sistema Privado de Saúde <input type="checkbox"/> Foco nos dois sistemas <input type="checkbox"/> Não foi possível identificar ou não se aplica
10. Fontes a quem são dadas a voz	
11. Assunto principal abordado no vídeo	
Observações:	

12. ANEXOS

ANÁLISE DE CONTEÚDO - ABORDAGEM DO PARTO NO PROGRAMA BEM-ESTAR

ESTRUTURA JORNALÍSTICA DO PROGRAMA				ABORDAGEM TEMÁTICA DO PARTO									
DATA DE EXIBIÇÃO	DESCRIÇÃO DO TEMA	PRESENCIA DE RECURSOS DIDÁTICOS?	RECURSOS DIDÁTICOS	PRESENCIA DE SERVIÇOS AGREGADOS?	QUAIS SERVIÇOS AGREGADOS?	GRAU DE ABORDAGEM DO PARTO	ASSUNTO (QUANDO O PARTO É TEMA SECUNDÁRIO)	ASSUNTO (QUANDO O PARTO É TEMA TANGENCIAL)	TIPO DE PARTO CITADO	FONTE(S) AS QUAIS SÃO DADAS A VOZ	DIVERGÊNCIA ENTRE FONTES?	SISTEMA DE SAÚDE EM EVIDÊNCIA	OBSERVAÇÕES
10/07/12	País que sofreram subnutrição matam com a obesidade dos filhos.	Não		Não	Alimentação durante a gestação	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	
06/09/12	A saúde reprodutiva do casal e da gestação	Não		Não	Planejamento familiar	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não foi possível identificar	
27/02/13	Depressão pós parto não pode ser evitada por variação hormonal	Não		Não	Doenças associadas à gestação	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	Depressão Pós-Parto
22/03/13	Juliana descobriu indometacina escondida ao Bem Estar	Sim	Vídeo	Não	Psicologia ginecológica	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não foi possível identificar	Quando "Agredem com o Bem Estar" - destaque para a falta de mulheres sobre como a gravidez
26/03/13	Vacina contra o zika protege contra o tipo de vírus	Sim	Vídeo	Não	Invenção na gestação e parto	NÃO ABORDA				Médico	Não	Sistema Privado de Saúde	Quando "Super - Vacina p"
23/04/13	Campaña de vacinação contra o zika termina na sexta	Sim	Vídeo	Não	Invenção na gestação e parto	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	Quando "Super - Vacina p"
12/07/13	Craxos na gravidez pode trazer riscos ao bebê	Não		Não	Invenção na gestação e parto	TANGENCIAL				Mulher/Constituinte/MS	Não	Não foi possível identificar	Quando "Super - Vacina p"
23/08/13	Entenda como são aplicadas as amestrinas reguladoras e pruridial	Sim	Animção	Não	Anestesia durante o parto	PRINCIPAL				Médico	Não	Não foi possível identificar	
05/09/13	Saiba como funciona os bancos de células-tronco	Não	Mapa	Não		SECUNDARIA				Médico	Não	Não foi possível identificar	
05/09/13	Transplante de medula com sangue umbilical ajuda a salvar vidas	Não		Não	Células-tronco	SECUNDARIA				Médico	Não	Não foi possível identificar	
13/09/13	Então sobre o zika vírus, hoje descoberto, tem a mesma quantidade de casos	Não		Não	Células-tronco	NÃO ABORDA				Médico	Não	Sistema Privado de Saúde	
10/10/13	Barriga crescer 4 cm por mês durante a gestação	Sim	Vídeo	Não	Saúde do bebê	NÃO ABORDA				Especialista de alimentos	Não	Não se aplica	
27/10/13	Famílias de alta renda ajudam a diagnosticar problemas na gestação	Sim	Animção	Não	Mudanças corporais associadas à gestação	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não foi possível identificar	Série "Truques Esperto"
25/07/13	Gravidez deve ser planejada por pequenos passos ao longo do dia	Sim	Vídeo	Não	Pre-natal	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não foi possível identificar	Série "Truques Esperto"
06/11/13	Gravidez é um momento de planejamento e com menos capacidade de regeneração na gravidez	Sim	Vídeo	Não	Alimentação durante a gestação	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	Série "Truques Esperto"
08/11/13	Aprenda como evitar as substâncias dos remédios durante a amamentação	Sim	Vídeo	Não	Amamentação	TANGENCIAL				Médico	Não	Não foi possível identificar	Série "Truques Esperto"
13/11/13	Cerfita umbilical só deve ser cortado de 7 a 1 mês após o nascimento	Sim	Animção	Não	Amamentação	TANGENCIAL				Médico	Não	Não se aplica	Série "Truques Esperto"
21/11/13	Programa incentiva pais a acompanharem o pré-natal com as mães em Riber de Pinda (SP)	Não		Não	Pre-natal	NÃO ABORDA				Infermeira	Não	Sistema único de saúde	No mesmo episódio tem a série "Truques Esperto"
24/11/13	Teste de cromatina avalia a saúde dos bebês	Não		Não	Saúde do bebê	NÃO ABORDA				Fonoaudióloga	Não	Não foi possível identificar	
28/11/13	Falta de ar durante a gravidez é comum	Sim	Animção	Não	Saúde do bebê	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	Série "Truques Esperto"
03/12/13	Alimentação a noite deve ser mais tranquila para facilitar o sono	Não		Não	Mudanças corporais associadas à gestação	TANGENCIAL				Médico	Não	Não foi possível identificar	Série "Truques Esperto"
03/12/13	Mulheres que querem engravidar devem fortalecer o assoalho pélvico	Não		Não	Mudanças corporais associadas à gestação	NÃO ABORDA				Fisioterapeuta	Não	Não foi possível identificar	Série "Truques Esperto"
03/12/13	Líquido amniótico não vai por dentro após a bolsa estourar	Sim	VÍDEO	Não	O processo de trabalho de parto	PRINCIPAL				Médico	Não	Não foi possível identificar	Série "Truques Esperto"
25/12/13	Planejamento e necessário para engravidar	Sim	Podage	Não	Planejamento familiar	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	
15/01/14	Uso abusivo de ácido fólico evita má formação do bebê	Sim	Animção	Não	Alimentação durante a gestação	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	
13/02/14	Singramento durante a gestação podem levar ao parto prematuro	Não		Não	Gravidez de risco	TANGENCIAL				Médico	Não	Não foi possível identificar	
06/03/14	Teste do orelhão avalia dois níveis de zika vírus	Não		Não	Saúde do bebê	NÃO ABORDA				Mulher/Constituinte/MS	Não	Não foi possível identificar	
10/03/14	Comida está diretamente ligada ao zika	Não		Não	Amamentação	NÃO ABORDA				Médico	Não	Não se aplica	

21/09/16	Entenda porque a Coqueluche, Exatol de Medicina veta causar antes de 39 semanas	Sim	ANIMAÇÃO	Não	PRINCIPAL	Indicação para cesárea e parto normal	Parto cesáreo	Médico	Não	Não foi possível identificar
----------	--	-----	----------	-----	-----------	--	---------------	--------	-----	------------------------------

Matérias	Componente	Recortes
Categoria	Falas/ Comentários	
	10/07/14 Fala da reporter	E quando o bebê nasce bem e de parto normal, é tudo bem mais fácil.
	10/07/14 Fala da reporter	Quanto antes o bebê mamar, melhor para a mãe e para o filho. Quando ele suga, estimula a ocitocina, hormônio que ajuda o leite a descer. Esse contato pele a pele pode começar mais cedo ainda quando O parto é normal, como o da Tainá de 19 anos que terá seu primeiro bebê.
	10/07/14 Fala da mãe	Eu tenho três filhos, o primeiro parto foi cesariana, o segundo foi fórceps e esse aqui foi normal mesmo. A gente se recupera mais rápido, é bom pro neném e pra gente.
	10/07/14 Fala da reporter *	As contrações apertam. Tainá recebe um anestesia e as palavras de conforto da doula voluntária.
	02/09/15 Fala do Especialista	Se cesariana for feita antes da hora certo do bebê nascer, pode acontecer, inclusive de a mãe não ter leite para amamentar.
	25/12/15 Fala da reporter	A recuperação da mãe também não é tão rápida. <i>(Sobre a cesárea)</i>
Benefícios do parto normal em relação à cesárea	25/12/15 Fala da reporter	A gente vai ter uma recuperação variável dependendo se essa cesárea foi feita durante o trabalho de parto ou antes, né?! Quanto menos essa paciente entrou em trabalho de parto, mais grosso é o útero dela.
	25/12/15 Fala da mãe	Ela nasceu e ela já veio mamar, ela ficou comigo as 24 horas depois de nascer. Ficou o tempo todo. O pós-parto é inacreditavelmente... Depois daquela uma semana, depois de tudo aquilo, eu achava que eu ia querer dormir 35 horas seguidas e o fato é que se tivesse que caçar um javali agora, pra comer, eu dava conta. <i>(Sobre a recuperação do parto normal)</i>
	25/12/15 Fala do pai	Eu cortei o cordão dos quatro, né?! Então não foi menos emocionante, nem mais emocionante. O que é notável, o que é notável de diferença entre a cesárea e o parto normal é o estado em que a mãe fica. A mãe depois do parto normal, ela está pronta. Ela não tem problema nenhum, ela está com super disposição, sem sequela cirúrgica nenhuma. Muito mais disposta, muito mais forte e...Emocionalmente mais forte também
	25/12/15 Fala da especialista	E o parto normal, gente é importante por causa disso que você falou, Fê, quando o bebê passa pelo canal vaginal, ele se coloniza com aquela flora da mãe e isso sim vai fazer com que o intestino já produza as bactérias boas, as bactérias boas... São bactérias boas essas! Começam a fazer parte da vida do bebê e isso é muito importante para o futuro dele. Então a passada pelo canal vaginal hoje, esse é um conceito novo que a gente tem, é muito importante para o sistema imunológico do bebê

	10/07/14 Fala da reporter	Na primeira hora de vida a prioridade é estreitar ainda mais os laços entre mãe e filho. Só depois de muito colinho que Ana Clara passa pelos primeiros sustos. Hora de saber as medidas da mocinha.
	10/07/14 Fala da reporter	E coube a mim o privilégio de entregar minha chará pra mãezinha dela. Agora ela vai ficar junto com a Tainá e agora o bebê não vai pra nenhum berçário, ele vai para o melhor onde ele poderia ficar que é junto da mãezinha dele.
	Fala do apresentador 02/09/15	O Doutor José Bento visitou uma exposição chamada "Sentidos do Nascer", justamente para falar sobre isso, para falar sobre a importância de não marcar cesárea, a importância de ter um parto normal pra você esperar o tempo do seu bebê.
Boas práticas na atenção ao parto	02/09/15 Fala do apresentador	Já vai se informando, se preparando pra pensar que ela vai conversar com um profissional que vai assisti-la, que ela quer ficar na posição mais verticalizada que é melhor, que ela quer ter um chuveiro pra aliviar a dor, uma banheira, massagem, uma doula, um enfermeiro obstetra, além do médico. Então é uma oportunidade dela começar a se organizar, preparar, e saber o que são boas práticas e o que não são boas práticas.
	02/09/15 Fala do especialista	Logo depois que nasce, deve ser colocado no colo da mãe, tira-se o cordão e a mãe pode até amamentar o seu filho logo depois do parto.
	25/12/15 Fala da mãe	Eu comecei a sentir dor às 10 da noite, aí eu fui pro chuveiro, parto humanizado... Na bola, no chuveiro... Aí às 7 da manhã veio assim.
	25/12/15 Fala da reporter	Antony nasceu com 4,350kg e de parto natural, ou seja, sem anestesia, sem corte e sem o uso de ocitocina para acelerar as contrações. Mas para que tudo isso fosse possível, foi preciso uma pequena revolução. O hospital criou sala como essa, de pré-parto, parto e pós-parto, as chamadas PPP's.
	25/12/15 Fala do especialista	Mas a ocitocina ela não deve ser usada com frequência pelo médico pra induzir o parto. O ideal é que a mãe use a ocitocina produzida por ela. A gente só usa ocitocina quando as contrações uterinas não são efetivas. Só nessa situação.
Normalização da cesárea no Brasil	02/09/15 Fala do especialista	Mas no Brasil, quase 55% dos bebês nascem por esse tipo de cirurgia. E mais da metade dessas cesarianas não são de emergência, não. São cirurgias agendadas, com hora marcada.
	25/12/15 Fala do apresentador	Brasil é um dos países onde são feitas mais cesáreas no mundo! Hoje, a consultora e pediatra do Bem-Estar, doutora Ana Escobar e o ginecologista e obstetra doutor Eduardo Cordioli vão explicar por que esses números são tão altos.
	25/12/15 Fala do especialista	Infelizmente há um aumento de cesáreas, principalmente as cesáres ditas agendadas, para evitar que o nascimento corra numa data onde todo mundo gostaria de estar em outro lugar.
	25/12/15 Fala de reporter	A tarefa não era fácil: reduzir uma taxa de cesariana que chegava a 99,3%. (<i>Taxa do hospital citado na reportagem</i>)
	25/12/15 Fala do Coordenador do Hospital	A resistência foi enorme. De todos os lados. Dos médicos, das famílias das parturientes, das próprias gestantes. (<i>Resistência em diminuir o número de cesáreas</i>)
25/12/15 Fala da reporter	Quatro anos depois do terceiro filho e a Tatiana engravidou de novo. E aí ela teve que brigar com meio mundo pra tentar o tão sonhado parto normal depois de três cesarianas.	

	25/12/15 Fala da mãe	Agora já faz quatro anos, né, que o João nasceu. Agora vamos fazer um parto normal?! Fechou a cara e falou assim: "Eu não vou fazer parto normal em você! Se você quiser, você que procure outro".
	25/12/15 Fala da reporter	Essas mulheres querem que os filhos nasçam da forma mais natural possível. Num país recordista mundial em cesáreas, onde mais da metade dos bebês nascem de forma cirúrgica, fazer com que esse desejo vire realidade nem sempre é fácil.
<p>Normalização da cesárea no Brasil</p>	25/12/15 Fala da gestante	A filha do fulano, a filha da minha amiga, a filha do meu primo... Cesária, cesária, cesária... Você não acha um que foi normal.
	25/12/15 Fala do pai	Eu já tenho uma filha de oito anos que nasceu de cesárea e eu tenho quatro sobrinhos que nasceram de cesárea.
	02/09/15 Fala do especialista	Só 15% das grávidas precisam mesmo de cesariana. São os casos em que o parto se complica e há risco da mãe ou do bebê morrerem!
	02/09/15 Fala da atriz	Eu só faço cesariana com uma indicação real! Porque ela não é tão segura quanto o parto.
	25/12/15 Fala do especialista	Então, gente, cesariana é o seguinte... Ela pode salvar vidas, tanto a da mãe quanto a do bebê, quando ela é bem indicada. Então a cesariana tem que ser bem indicada, tem que ter uma indicação precisa, médica, perfeita. Se ela não for bem indicada, for feita antes do tempo, sem necessidade, aí sim, claro, tudo que é feito antes do tempo e fora, pode prejudicar tanto a mãe quanto, principalmente né, o bebê.
	25/12/15 Fala do apresentador	Pode até depois virar uma cesárea, mas precisa passar por isso.
<p>Indicações reais de cesárea</p>	25/12/15 Fala do especialista*	É importante que a melhor via de parto, seja por via vaginal, que seria o parto dito parto normal, ou o parto abdominal conhecido como parto cesáreo aconteça para aquela mulher. Nessa campanha que se chama Parto Adequado, coordenada pelo Hospital Albert Einstein, a ideia é que o melhor parto para aquela mãe aconteça. Nem sempre, como dito pela doutora, o parto vaginal ou normal é o melhor. A cesárea pode salvar vidas, mas na grande maioria das vezes, o parto vaginal é melhor pra aquela mãe e pra aquele bebê.
	25/12/15 Fala do especialista	Existem situações em que a mãe não suporta o trabalho de parto, e aí o médico indica a cesárea, que é a cesárea eletiva, pra salvar a vida da mãe. Em algumas situações, aquele bebê não aguenta o trabalho de parto e ele indica a cesárea pra salvar a vida do bebê.
	25/12/15 Fala do especialista	Quando tem que salvar a vida da mãe, não tem dúvidas, gente, vamos salvar a vida. Sim, tem que tirar o bebê por cesárea. Pra salvar a vida do bebê, exatamente o que o doutor Eduardo acabou de falar. Às vezes o bebê não aguenta aquele trabalho de parto e tem até a ver com aquela pergunta anterior da telespectadora, pronto, a gente tem que fazer a cesárea pra tirar. E a pedido da mãe, em circunstâncias muito especiais.
	25/12/15 Fala do apresentador	Bom, a gente tem outra tela aqui pra falar sobre esses casos da cesárea no trabalho de parto, né, quando existe o sofrimento fetal agudo, depois daquelas horas, 18 horas, aquele desgaste. Isso também acontece, né?! Aí então vai pra cesárea.

Indicações reais de cesárea	25/12/15 Fala do especialista 25/12/15 Fala do especialista 25/12/15 Fala do especialista 25/12/15 Fala da reporter 10/07/14 Fala da reporter Fala do especialista. 02/09/15	Sabe como a gente sabe quando tem sofrimento fetal, por exemplo, uma das dicas?! O bebê faz cocô dentro da barriga da mãe, aquele mecônio... Sabe aquele mecônio, aquele verdinho? Então ele faz o cocô dentro da barriga da mãe. Essa é uma das indicações de que ele realmente está sofrendo e é uma das indicações de cesárea. Isso aqui significa, gente, que o bebê por alguma razão está numa posição lá dentro em que ele não consegue sair. O bebê tá preso, ou ele tá na transversal ou ele tá em algum jeito que ele não consegue sair. Quando enrola muito no pescoço, encurta e ele vai, por exemplo, estrangular o bebê. Aí sim. Essa também é uma situação na qual vai ser indicada a cesárea. Então são indicações muito precisas, né. O risco de um parto normal depois de uma cesárea é um rotura uterina, como se a cicatriz da cesárea dentro do útero se abrisse. O que pode causar uma hemorragia interna na mãe e afetar também o bebê. Na Unidade Neonatal ficam os bebês que nasceram antes ou depois do tempo, que têm que tomar banho de luz, que precisam de cuidados especiais. O motivo principal que nos mobilizou foi a prematuridade que é um dos efeitos da cesariana marcada antes da hora do bebê nascer. Então é muito agressivo. É uma violência contra o bebê não esperar o seu tempo de nascer. Não respeitar a sua maturidade, o seu processo natural de vir ao mundo.
A importância do tipo de parto para a saúde do recém-nascido	02/09/15 Fala do ator 25/12/15 Fala do especialista* 25/12/15 Fala da reporter 25/12/15 Fala do especialista 25/12/15 Fala da mãe 25/12/15 Fala da Pediatra	Imagina sair do útero sem estar pronto, sem passar pela preparação que o parto normal te dá pra vida aqui fora. A cada dia a mais dentro do útero, o bebê ganha peso, amadurece Então, gente, cesariana é o seguinte... Ela pode salvar vidas, tanto a da mãe quanto a do bebê, quando ela é bem indicada. Então a cesariana tem que ser bem indicada, tem que ter uma indicação precisa, médica, perfeita. Se ela não for bem indicada, for feita antes do tempo, sem necessidade, aí sim, claro, tudo que é feito antes do tempo e fora, pode prejudicar tanto a mãe quanto, principalmente né, o bebê. Outra medida foi proibir as cesarianas eletivas aquelas com hora marcada. A mudança também fez cair em 45% o número de recém-nascidos para a UTI Neonatal. O que significa que os bebês estão nascendo mais saudáveis e ficam o tempo todo no quarto com as mães. Aquele cesárea eletiva que é feita com 37, 38, 39 semanas, o risco da criança apresentar um quadro respiratório com imaturidade pulmonar é maior. Os três primeiros partos foram muito... deixaram marcar assim de... depois eu vim descobrir que ela não precisava ter sido um parto cesárea. A Giulia foi tirada antes do tempo, prematurinha, né... Ainda bem que ela não precisou de uma incubadora. O João ficou cansadinho, né, como eles dizem é um efeito muito comum de anestesia, né. A Rafaela teve essa cianose com o pulmão molhado, sei lá como que chama isso... A passagem do bebê pelo canal tem duas grandes vantagens, né?! Faz com que haja pressão dos líquidos pulmonares e ele consegue muito melhor e mais rápido. E o contato com as bactérias da mãe vão fazer com que ele tenha uma imunidade muito melhor quando adulto.

	25/12/15 Fala da gestante	Não é só você parir da forma que a natureza te deu, mas também ajudar essa criança a sofrer menos. Deixar ela começar a se adaptar, ao invés de pegar aquela criança, cortar o cordão umbilical, levar pra tomar banho.
	25/12/15 Fala do especialista	37 semanas. Qualquer nascimento antes de 37 semanas, esse bebê é um bebê que nasceu antes do tempo, um prematuro. Ele pode ter mais hipoglicemia, ele não controla direito o açúcar no sangue. Icterícia que é aquele amarelão que o bebê fica. E ele não tem defesa ainda, esse é o grande problema. Ele não tem as defesas. Fora o pulmãozinho que a gente falou, que é imaturo.
A importância do tipo de parto para a saúde do recém-nascido	21/06/16 Fala do especialista	E o risco de você operar antes das 39 semanas, por exemplo, com 38 ou 37 é, às vezes, a gestação ser menos. Se, por exemplo, acha que é 38 e é 37, é 36. E, se nasce antes, os órgãos da criança ainda não estão maduros, principalmente a parte do pulmão que é o risco maior que, aliás, estamos vendo aí na tela, né... Que são um grande risco da criança ficar internada um grande tempo, por exemplo, numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
	21/06/16 Fala do apresentador	Cada dia de vida para o bebê é muito importante, né, doutor?!
	21/06/16 Fala do especialista	Os americanos fizeram uma coletânea de artigos, que eles chamam de metanálise, e eles identificaram o seguinte: a idade ideal para nascer é de 39 a 41 semanas. Não quer dizer que não possa nascer antes disso. Mas de 37 a 38 semanas eles chamam de termo precoce, ou seja, poderá ainda ter problemas, principalmente no caso das 37 semanas.
	10/07/14 Fala da gestante	Estou com 41 semanas... ainda não sei como vai ser o meu parto porque meu parto vai ser induzido.
	10/07/14 Fala do pai	Você quase nem dorme de noite, você só fica pensando aqui... você quer que chegue logo a hora de nascer... E nada...
	10/07/14 Fala da reporter	Em cada cabine, uma futura mamãe e um acompanhante curiosos para conhecer o dono desse coração que bate rapidinho.
	10/07/14 Fala da gestante	Eu não sabia que ele tava sentadinho, aí fiz ultrassom e falou que tinha que ser cesárea. Eu queria normal, mas...
Expectativas sobre o parto	02/09/15 Fala da gestante	Ai, demais! E ansiosa para ver logo o rostinho do bebê, da forma mais natural possível, que é o parto normal.
	25/12/15 Fala do especialista	Olha, um trabalho de parto normalmente demora, gente. Um trabalho de parto pode demorar 12 horas, pode demorar 24 horas. E o bebê pode nascer normal, tudo bem, tranquilo.
	25/12/15 Fala da gestante	Um parto normal devia ser mais fácil, né?! É natural! A mulher que vai tá lá, a protagonista, eu vou tá lá... É meu corpo! É fisiológico! E no fim não é assim...
	25/12/15 Fala da reporter	Carine, Carol, Valeria. Falta muito pouco pra elas nascerem de novo. Agora, como mães
	25/12/15 Fala da gestante	Desde o dia em que eu soube que eu tava grávida acho que já mudou. E eu tenho certeza que, assim, no em que ela nascer eu vou nascer de novo, assim, vai ser... Não sei o que vai ser, mas vai ser diferente.

25/12/15 Fala da gestante	O que eu desejo, o que eu procuro é me conectar ao máximo com meu corpo e com o corpo do bebê, com a criança, né, que está aqui.
25/12/15 Fala da reporter	A roda de conversa ajuda a colocar a expectativa mais próxima da realidade. Derruba mitos.
25/12/15 Fala da gestante	Não to romantizando o parto. Vai ser como tiver que ser.
25/12/15 Fala da gestante	Eu quero sentir a dor. Eu quero sentir a dor. É louco isso, né?! Mas eu quero.
25/12/15 Fala da gestante	Não são dores que você sente. São ondas. Então você tem que levar como uma mar mesmo. Você tá lá no meio do oceano e não tem pra onde ir. Deixa a onda passar que daqui a pouco acalma. E deixar isso passar, isso vai te... Vai te mudando.
23/08/13 Fala do especialista	A diferença é que no parto normal a paciente fica sem a dor, nós tiramos a dor dessa paciente. Mas ela continua tendo a mobilização das pernas, ela precisa sentir quando vem a contração porque é nessa hora que ela vai ajudar a contração uterina a colocar o neném pra fora. Porque quem coloca o neném pra fora, quem faz o neném sair pelo canal de parto é a contração uterina e a força prensabdominal, e se você faz anestesia, você tira toda essa sensibilidade daqui pra baixo. Então ela não sabe quando tá tendo a contração. Agora, se tira só a dor, então ela consegue fazer, ela consegue ajudar o médico a colocar aquele neném pra fora sem sentir dor. É só analgesia.
02/09/15 Fala do especialista	Vocês vão ter a experiência de vocês. Vocês se sentindo seguras, vão ter o parto normal, vão ter a contração, e depois nós vamos fazer um outro programa pra você mostra a sua experiência no parto, tá bom?!
10/07/14 Fala da doula	A gente tá aqui pra trazer força para as mulheres, para elas se empoderarem do seu corpo, de saber que elas são capazes, de saber que elas vão conseguir
10/07/14 Fala da doula	A gente garante uma harmonia no ambiente, um clima agradável, harmonioso, feliz, para que essa mãe esteja segura, bem confiante.
10/07/14 Fala da doula	Dar esse suporte mais para que ela se sinta segura e dê conta de amamentar e... desde a troca de fralda, a massagem... é todo um cuidado que também é diferente pra cada mulher, que vai muito do que ela já aprendeu, do que já sabe, do que tem dúvida.
25/12/15 Fala do apresentador	A gente separou, Vanusa, uma reportagem sobre isso, uma mãe guerreira que assim como você decidiu que vai ser parto normal.
25/12/15 Fala do especialista	Agora, se a mãe puder fazer a anestesia não farmacológica a maior parte do tempo, melhor. Mas se ela em algum momento fala "eu não estou aguentando mais", é muito justo ela solicitar a anestesia farmacológica.
Expectativas sobre o parto	
Responsabilização da mulher na condução do parto	

	25/12/15 Fala do apresentador	É ela que resolve, né, é ela que toma. Em algum momento o bebê também toma as rédeas do processo, mas a mãe toma as rédeas o tempo todo da situação. Essa é uma expressão nova. A Ivone, a nossa diretora em exercício aqui, foi procurar no dicionário a palavra "empoderamento". Não existe no dicionário, pelo menos no dicionário que a Ivone procurou não tinha o empoderamento. Porque o empoderamento é uma questão nova que as mulheres estão usando agora para tratar, inclusive, a escolha do parto, né?! A gente vai ver uma reportagem que fala exatamente sobre o empoderamento das mulheres na escolha do parto.
	25/12/15 Fala da psicóloga	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.
	25/12/15 Fala do apresentador	O doutor Eduardo estava dizendo: é a mulher que resolve, não é o médico. É a decisão da mulher ali, da família. A gente viu o marido ali também, envolvido na emoção toda da escolha do parto, né, doutor?!
	25/12/15 Fal do especialista	É muito importante, eu acho que a questão do empoderamento, vem da palavra em inglês empowered, né, uma tradução... Mas o empoderamento é muito importante porque o parto é um epílogo de uma história de nove meses de duração e quem faz o parto é a mulher, não é o obstetra.
	21/06/16 Fala do especialista*	Na verdade a decisão do Conselho Federal de Medicina trata-se de reconhecer um direito da mulher de fazer uma cesárea a pedido. Mas, por outro lado, observando-se que são dois seres, ou seja, tem a mulher, mas tem o filho dela, a resolução trata também de garantir o direito da criança de nascer saudável e, portanto, o Conselho diz o seguinte: essa cesárea só poderá ser feita, em caráter eletivo, a partir das 39 semanas de gestação.
Responsabilização do médico na condução do parto	10/07/14 Fala do obstetra	Ela tem a função de acompanhar a gestante, de estar do lado, de ajudar no banho, de trazer conforto, de trazer apoio psicológico, apoio emocional que às vezes o médico no dia-a-dia ou mesmo no trabalho de parto não consegue dar, ou até o momento da presença do médico. Depois que o médico chega, na verdade a doula acaba tendo um papel secundário porque o médico vai assumir um pouco esse papel.
	25/12/15 Fala do especialista	Então, o que que acontece? O parto tem que ser bem monitorado durante todo esse tempo. O bebê vai sendo monitorado e aí os médicos vão vendo se o bebê tá tranquilo, sossegadinho, esperando o bebê também todo esse período passar sem risco. Então, é importante o que? Todo esse monitoramento. Aí o parto pode demorar as 18 horas que tudo certo.
	25/12/15 Fala do apresentador	Então o médico vai sabe o momento adequado de fazer isso, né?! De acionar a cesárea, mas num momento adequado, né?!
	25/12/15 Fala do especialista	O médico, ele, através de vários exames, exame físico da mãe, etc, através de exames subsidiários, como ultrassom, como cardiocardiograma, ele pode dizer se há algum risco pra aquele bebê entrar em trabalho parto. Não só para o bebê, mas para a mãe também.
	21/06/16 Fala do apresentador	Doutor Euripedes Carvalho, então, está aqui com a gente, é obstetra, faz parte do Conselho Reginal de Medicina, sobre essa nova medida que foi tomada pelo Conselho de selecionar aí esses partos, proibir esses partos com menos de 39 semanas... É a cesárea, no caso.
Uso de fontes oficiais/legislação	10/07/14 Fala da reporter	Mas agora tem uma portaria do Ministério da Saúde que pode permitir que esse momento tão especial para as mães e para o bebê fique durando um pouco mais.

	10/07/14 Fala da reporter	Seguindo as recomendações da nova Portaria do Ministério da Saúde, o encontro de mãe e filho deve acontecer o quanto antes.
	10/07/14 Fala da reporter	Por isso, a Portaria também determina que os hospitais mantenham na sala de parto ou em um ambiente próximo as condições necessárias pra socorrer o bebê que acaba de nascer.
Uso de fontes oficiais/legislação sobre a assistência ao parto	10/07/14 Fala da apresentadora	Antes a gente vai ver uma reportagem da Vanessa Moltini lá de Blumenau que vai falar sobre uma lei municipal nessa cidade de Santa Catarina que instituiu as doulas como direito das mães que vão ter um bebê.
	10/07/14 Fala da reporter	Uma lei federal já garante há bastante tempo o direito da mulher de levar um acompanhante na hora do parto. Agora, elas conquistaram mais um direito aqui em Blumenau. Desde abril deste ano, uma lei municipal permite que uma mulher em trabalho de parto seja acompanhada por uma doula em hospitais públicos e privados da cidade.
	21/06/16 Fala da apresentadora	Ontem saiu uma notícia que o Conselho Federal de Medicina tomou uma decisão, né, em questão dos partos com menos de 39 semanas. Esse ponto é muito importante. Já e bem conhecido no Brasil, em termos de prevenção, que a mãe não pode sim escolher a via abdominal, a cesárea para o parto do seu filho. Afinal, o dono do corpo, o dono do seu corpo é a mãe. Ela pode, sim. Porém, essa cesárea não pode ocorrer antes de 39 semanas. Por que? Antes de 39 semanas o bebê não está totalmente pronto. Apesar da gente dizer que o bebê deixa de ser prematuro com 37 semanas, ele só completa o desenvolvimento dele com 39 semanas. Então, indica-se uma cesárea eletiva a partir de 39 semanas. Para escolher, o médico só poderá fazer a cesárea a partir das 39 semanas de gestação. Como deve ser o procedimento pra isso? Através do termo de consentimento esclarecido e informado. Isso deverá ser feito quando? Através do pré-natal que a paciente deverá fazer.
As cesáreas eletivas e as questões éticas	21/06/16 Fala do especialista *	Na verdade a decisão do Conselho Federal de Medicina trata-se de reconhecer um direito da mulher de fazer uma cesárea a pedido. Mas, por outro lado, observando-se que são dois seres, ou seja, tem a mulher, mas tem o filho dela, a resolução trata também de garantir o direito da criança de nascer saudável e, portanto, o Conselho diz o seguinte: essa cesárea só poderá ser feita, em caráter eletivo, a partir das 39 semanas de gestação.
	10/07/14 Fala da reporter	As contrações apertam. Tainá recebe uma anestesia e as palavras de conforto da doula voluntária.
	10/07/14 Fala da reporter	Antigamente era comum uma mulher ajudar a outra na hora do parto. A palavra doula vem do grego e significa "mulher que serve".
Humanização	10/07/14 Fala da doula	A doula é uma profissional, capacitada, treinada, pra oferecer suporte afetivo e emocional para a mulher durante a gravidez, durante o parto e o pós-parto.
	10/07/14 Fala da reporter	A doula ajuda com informações e dicas para mães de primeira viagem.
	10/07/14 Fala da reporter	Rafaela ouve tudo atentamente e entende que a doula é um apoio a mais e não substitui a função de nenhum profissional da equipe médica.

Humanização	10/07/14 Fala da doula	Eu não posso me impor à frente do corpo clínico, eu vou estar lá como tua acompanhante treinada.
Qual é o sistema de saúde em evidência?	10/07/14 Fala da mãe	Foi a doula, meu marido, a médica, a enfermeira da médica... Todo mundo junto.
Qual é o sistema de saúde em evidência?	25/12/15 Fala do especialista	Nessa campanha que se chama Parto Adequado, coordenada pelo Hospital Albert Einstein, a ideia é que o melhor parto para aquela mãe aconteça.
Qual é o sistema de saúde em evidência?	25/12/2015 Fala da apresentadora	A gente tá falando, né, doutora Ana, do número exagerado de cesáreas no Brasil que é um dos campeões mundiais no número de cesáreas, e vamos falar de uma medida de um hospital particular de Jaboticabal no interior de São Paulo que conseguiu reverter essa situação.
Qual é o sistema de saúde em evidência?	25/12/15 Fala da repórter	Desde 2012, o hospital Santa Isabel em Jaboticabal, no interior de São Paulo, tem conseguido mudar a forma de assistência ao parto. Hoje, metade dos partos são normais, um número bem maior que média nacional no setor privado.
Aspectos econômicos da epidemia de cesáreas	25/12/15 Fala da gestante	Eu passei por cinco médicos diferentes até eu encontrar a obstetra que eu to hoje, que é particular... (Sobre a dificuldade em achar um obstetra que aceitasse conduzir um parto normal)
Aspectos econômicos da epidemia de cesáreas	25/12/15 Fala da repórter	Antony nasceu com 4,350kg e de parto natural, ou seja, sem anestesia, sem corte e sem o uso de ocitocina para acelerar as contrações. Mas para que tudo isso fosse possível, foi preciso uma pequena revolução. O hospital criou sala como essa, de pré-parto, parto e pós-parto, as chamadas PPP's. 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.
Aspectos econômicos da epidemia de cesáreas	21/06/16 Fala do especialista	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.

ANEXO A – Reportagem da Carta Capital: “Parto Humanizado: o que explica a sede da imprensa por sangue?” de 27 de julho de 2015.

2017-6-19

Parto humanizado: o que explica a sede da imprensa por sangue? — CartaCapital

#carta

Saúde

Saúde

Parto humanizado: o que explica a sede da imprensa por sangue?

por Ricardo Palacios* — publicado 27/07/2015 14h44, última modificação 27/07/2015 16h09

O caso da morte da professora de enfermagem defensora do parto humanizado evidencia um confronto mal dissimulado contra o parto vaginal



Tânia Régio/Agência Brasil (19/10/2013)

Ato pela humanização do parto, em frente ao Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, no Rio de Janeiro

Professora morre depois de tentar parto humanizado por 48h

A professora de enfermagem da Ufscar (Universidade Federal de São Carlos), Mariana de Oliveira Fonseca Machado, de 30 anos, morreu na terça-feira (21) após tentar fazer um parto humanizado em sua casa, em São Carlos, no interior de São Paulo". (Estadão, 24 de julho de 2015).

Quando li a chamada da matéria acima, minha primeira impressão foi um sentimento de solidariedade para com os familiares, amigos, colegas e estudantes da professora falecida. Pensei nessa situação contraditória de receber o recém-nascido e despedir de sua mãe. Mas logo depois pensei porque estou lendo isso? Por que essa tragédia privada virou uma notícia?

Para que um caso clínico vire notícia usualmente há dois motivos: a doença de um paciente com notoriedade pública ou razões de saúde pública. Temos assim que as doenças dos chefes de estado são notícias relevantes considerando seu potencial de afetar sua capacidade no exercício do poder.

O exemplo do segundo caso foi a suspeita de contaminação por Ebola. Nesse tipo de casos, não é necessário conhecer detalhes como o nome ou a identificação do paciente, como foi injustamente revelado em muitos casos, por não acrescentar em nada a informação e expor ao paciente à discriminação.

2017-6-19

Parto humanizado: o que explica a sede da imprensa por sangue? — CartaCapital

#carta

mais: acirrar um confronto.

Esquecem-se de qualquer remorso, conhecem a posição da professora em relação ao desproporcionado percentual de cesarianas no Brasil e a defesa dos direitos da mulher em procedimentos obstétricos e, sem apurar os fatos, oferecem uma história para apoiar aos contraditores dos argumentos defendidos em vida pela professora.

A partir daí, há tanta coisa errada que é difícil saber por onde começar essa análise. O que faz desses jornalistas e editores, mediadores da relação entre o fato e a sociedade, ficar sedentos de sangue? Como ousam atropelar a intimidade de uma família no meio de uma tragédia e violar a privacidade de uma paciente, revelando fragmentos descontextualizados de seu prontuário clínico? Mas pior ainda é a acolhida desprovida de solidariedade humana por parte de alguns leitores da notícia.



Em todo o mundo, o Brasil é o país com o maior número de cirurgias cesarianas

Os comentários de alguns colegas médicos são particularmente dolorosos para mim. No meio de um confronto mal dissimulado contra o parto vaginal, o parto domiciliar, as doulas, as obstetrizes, exaltam a notícia como troféu de guerra.

Eles são a outra parte do confronto que queria ser acirrado por jornalistas e editores vampiros. Sua desumanidade chega quase a comemorar a tragédia, mas seu ódio é tão profundo que cega seu treinamento clínico e não percebem que os dados apresentados são insuficientes para poder avaliar o que aconteceu.

Afinal, não há razão pela qual a causa da morte da professora seja relevante como notícia. Seja qual for a razão, as condutas de saúde pública na área obstétrica não são tomadas por casos isolados, mas por largas casuísticas que apoiam a evidência científica para sustentar políticas de saúde e recomendações clínicas.

O acontecido deveria permanecer como um assunto particular. A privacidade do prontuário clínico deveria se manter conforme os desejos da família e não atender aos interesses escusos de partes em confronto ou de imprensa urubu.

Infelizmente, a família e os colegas da universidade em luto tiveram que se ocupar em fornecer detalhes desse prontuário para tentar forçar os meios de comunicação a esclarecer a notícia.

Em todo esse caso, posso afirmar que houve sim um fato que ainda precisa ser noticiado, mas com um gênero jornalístico diferente. Quando uma pessoa pública numa sociedade falece, o tipo de notícia apropriado para destacar sua biografia é conhecido como obituário.

A criança sobrevivente, os familiares, amigos, colegas e estudantes merecem que esses mesmos meios de comunicação que não duvidaram em divulgar uma notícia tergiversada publiquem agora, como desagravo, um obituário apropriado que faça jus à história de vida de uma mulher que construiu uma carreira e defendeu causas e que infelizmente perdemos precocemente.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas da UFES**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** O parto na mídia: análise da abordagem televisiva do programa Bem-Estar da Rede Globo**Pesquisador:** Maiumy Huelida Gomes Odashima**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 57862816.8.0000.5060**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.673.415**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa documental exploratória, de abordagem qualitativa, a ser realizada a partir do imaginário social do parto, veiculado em um dado programa de televisão. A arte de partejar, contempla na contemporaneidade dois paradigmas médicos: um europeu, marcado pelo parto natural e realizado por enfermeiras/os – ficando a participação do médico reservada às situações distócicas -, e o norte-americano, marcadamente técnico-científico e amplamente reconhecido e divulgado nas escolas brasileiras de formação médica, o que faz com que o país, à revelia da comunidade científica considerar como normal o índice de 10 a 15% dos partos como cesáreos, tenha apresentado em 2012, 84,60% dos partos realizados no setor privado foram cesarianas. Pelo SUS o índice foi de 40%.

Transitando entre as áreas de Comunicação e Saúde, a pesquisadora vai se apropriar da televisão "considerada (por um de seus autores referenciados) uma das mais importantes fontes de informação sobre temas de saúde e medicina, tanto para o público geral como para profissionais de saúde", e, se apropria do acervo do Programa Bem Estar, veiculado no período matutino pela Rede Globo de Televisão, a partir de 2011, até a atualidade. Será feito um levantamento retrospectivo desde o lançamento do Programa, de 2011 a 2015 serão coletados todos os episódios que tenham o parto como tema central e que tenham sido transmitidos durante o

Endereço: Av. Marechal Campos 1468**Bairro:** S/N**UF:** ES**Telefone:** (27)3335-7211**Município:** VITORIA**CEP:** 29.040-091**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**

Continuação do Parecer: 1.673.415

período de estudo

Será feita uma pesquisa no campo de busca de vídeos do site do programa g1.globo.com/bemestar/videos com as palavras "parto", "cesárea" e "nascimento". Serão assistidos, então, todos os vídeos resultantes da busca a fim de categorizá-los e identificar, a partir das datas, os episódios completos disponibilizados no site globoplay.globo.com nos quais foram veiculados os vídeos referentes ao tema estudado.

Foi realizada uma busca e uma pré-análise dos vídeos para identificar o tamanho do corpus. Sendo encontrados, então, 66 vídeos diferentes correspondentes às palavras de busca.

É importante relatar que o grande volume de vídeos se deu, em boa parte, pelo número de material, 35 no total, relacionados ao crescimento dos cabelos quando se utilizou a busca com a palavra "nascimento".

Após a verificação de cada vídeo, foram identificados três episódios, de aproximadamente 30 minutos cada, que tiveram o parto como o tema central do programa.

No processo de análise de dados, após a seleção dos episódios correspondentes à temática, serão realizados os downloads dos vídeos e realizar-se-á a decupagem do corpus – análise dos detalhes de cada matéria, onde se busca registrar em planilhas aspectos considerados importantes para análise qualitativa do material.

Para análise qualitativa será utilizada a análise temática de conteúdo sob o enfoque teórico da Teoria do Imaginário Social.

Operacionalmente, análise temática é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação e como ferramenta de análise será utilizada o software de análise de dados qualitativos (SAQD) MAXqda 11.0. Esse tipo de programa proporciona uma forma poderosa e estruturada de administrar um gerenciamento de dados coerente, eficiente e sistemático, associado ao processo de leitura, reflexão e interpretação por parte do pesquisado

O Imaginário Social busca de representações sociais, valores e símbolos quanto a expressão na mídia televisiva estudada e com quais significados o parto se apresenta para coletividade.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

- Analisar o conteúdo televisivo relacionado ao Imaginário Social do parto veiculado no Programa Bem Estar da Rede Globo, no período de 2011 a 2015.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.673.415

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Discutir como o tipo abordagem dado ao parto pode influenciar o imaginário social relacionado ao tema.
- Discutir a visibilidade midiática dada ao Sistema Único de Saúde na abordagem do parto no conteúdo televisivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Por se tratar de um estudo no qual será feita uma análise documental através de um acervo de vídeos, o mesmo não apresenta riscos.

Benefícios

Segunda a pesquisadora "Diante do cenário brasileiro no qual há um elevado número de cesáreas, bem acima do recomendado pela OMS, um dos benefícios deste estudo será verificar como o tipo de abordagem feita pela mídia televisiva em relação ao parto pode contribuir para a formação do imaginário social sobre o tema."

O pesquisador precisa descrever os riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto com tema relevante e que estabelece uma interface entre a área de Comunicação.

A mídia televisiva – pelo seu caráter massivo –, se constitui como a principal fonte de entretenimento e informação para uma considerável parcela da sociedade brasileira. A relevância deste projeto consiste em desvelar o que se é forjado nas pautas do referido programa, em relação ao parto e a instituição Saúde, através de os seus especialistas – na defesa do Sistema Único de Saúde ou de interesses privados –, tem contribuído na construção do imaginário social sobre o mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS, assinada pela Diretora do CCS –UFES, em 05/07/2016, em conformidade com a RES. CNS-MS 466/12.
- DECLARAÇÕES BÁSICAS DO PESQUISADOR, em conformidade com a RES. CNS-MS 466/12.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.673.415

- INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO, em conformidade com a RES. CNS-MS 466/12.
- PROJETO DE PESQUISA DETALHADO, EM BROCHURA, em conformidade com a RES. CNS-MS 466/12.
- TCLE – dispensável, pesquisa realizada a partir de dados primários e de domínio público.
- OUTROS DOCUMENTOS: Consta do Projeto Original um Apêndice – Análise de Conteúdo: Abordagem do parto no Programa Bem –Estar.

Recomendações:

Fazer constar do projeto Benefícios imediatos - Oferecer subsídios ao Sistema Único de Saúde, no sentido de potencializar as recentes políticas públicas face à humanização do parto e outras, sugerindo-as como pauta de programas televisivos locais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa utilizará dados de domínio público e desta forma não necessitaria de apreciação por este CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_751141.pdf	09/07/2016 10:55:00		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_MAIUMY.pdf	09/07/2016 10:52:03	Maiumy Huelida Gomes Odashima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_O_PARTO_NA_MIDIA.docx	01/07/2016 01:11:55	Maiumy Huelida Gomes Odashima	Aceito
Outros	FICHA_CODIFICACAO.docx	01/07/2016 01:06:24	Maiumy Huelida Gomes Odashima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.673.415

VITORIA, 10 de Agosto de 2016

Assinado por:
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

12/07/2017

Email – mayodashima@hotmail.com

Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde

Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde <webepsjv@fiocruz.br>

ter 11/07/2017 15:09

Para: MAIUMY HUELIDA GOMES ODASHIMA <mayodashima@hotmail.com>;

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) MAIUMY HUELIDA GOMES ODASHIMA

Informamos que o original intitulado: O parto na TV: um olhar sob a perspectiva de Ivan Illich foi recebido pela Coordenação Editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde.

Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Uma vez pertinente ao escopo da revista, o manuscrito será avaliado por até três pareceristas ad-hoc.

Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista.

Atenciosamente,

Coordenação Editorial
Revista Trabalho, Educação e Saúde

Esta é uma mensagem automática do Sistema REVTES. Não é necessário resposta.