

## VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

### 40 anos de democracias: progressos, contradições e prospetivas

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

---

#### **TRAJETÓRIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO. A REJEIÇÃO DA HEGEMONIA BIOMÉDICA NA OPÇÃO PELO PARTO EM CASA**

---

SANTOS, Mário JDS

Mestre em Sociologia da Saúde

CIES-IUL

[mariojdsantos@gmail.com](mailto:mariojdsantos@gmail.com)

---



### Resumo

A opção por um parto domiciliar nas sociedades contemporâneas coloca desafios à ordem social e põe em causa as práticas instituídas e a autoridade médica. A análise da experiência de quem viveu um parto em casa revelou processos reflexivos de integração da gravidez no *self*, numa procura de coerência identitária. As tecnologias médicas são um objeto de consumo e existe uma mobilização seletiva de recursos médicos e alternativos, o que põe em evidência diferentes percepções do risco e a percepção de um risco moral. Os riscos médicos e os riscos sociais assumem frequentemente múltiplas configurações e, por vezes, configurações opostas. O consumo de tecnologias médicas é também reflexo da fragilidade dos sistemas periciais, característica da modernização reflexiva, e põem em evidência relações dinâmicas de confiança e de poder entre os profissionais e a mulher grávida. No entanto, o parto continua a ser um evento social e este conjunto de opções não é imune às expectativas médicas e sociais sobre a gravidez. A multiplicidade de experiências descritas revela-se incompatível com os sistemas normalizadores de vigilância e controlo hospitalares e conduz o parto numa nova trajetória: um movimento de desinstitucionalização que, apesar de retirar poder e protagonismo à prática médica, não traduz uma rejeição do modelo biomédico, mas antes uma rejeição do monopólio e da hegemonia de saber e de ação da biomedicina sobre a gravidez e o parto.

### Abstract

The option of a home birth in contemporary societies challenges social order, and questions institutionalised practices and medical authority. Analysing the experience of a home birth revealed reflexive processes leading to the integration of the pregnancy in the self, in a search for identity coherence. Medical technologies are an object of consumption and there is a selective mobilisation of medical and alternative resources, which shows different risk perceptions and the perception of a moral risk. Medical and social risks have different and sometimes opposite configurations. Medical technology consumption is also a reflex of the fragility of expertise systems featured in reflexive modernisation, which brings to light dynamic relationships of power and trust between professionals and pregnant women. Nevertheless, birth is still a social event and this set of options is not immune to social and medical expectations. The wide variety of experiences reported shows to be incompatible with the normalising systems of hospital surveillance and control, and drives birth in a new trajectory: a movement of deinstitutionalisation where, although removing power and importance to medical practice, the biomedical model is not rejected. What is rejected is the hegemony and the monopoly of action and knowledge that biomedicine keeps over pregnancy and birth.

Palavras-chave: Parto em casa; Medicalização; Reflexividade; Coerência identitária; Consumo de tecnologia médica

Keywords: Home-birth; Medicalization; Reflexivity; Identity coherence; Medical technology consumption



## 1. Introdução

A opção por um parto domiciliar e as dinâmicas sociais que a envolvem são, em grande medida, invisíveis. Na Europa e em outros contextos, como o Brasil, os Estados Unidos da América ou a Austrália, a maioria dos partos acontece no hospital e apenas uma pequena percentagem da população opta por um parto no domicílio. Em Portugal, um primeiro reflexo da invisibilidade deste fenómeno é a ausência de indicadores que permitam quantificar o fenómeno de forma fidedigna no território nacional. O Instituto Nacional de Estatística revela que, nos últimos 15 anos, menos de 1% dos nascimentos foram registados como tendo acontecido em casa. A título de exemplo, em valores absolutos foram registados 592 partos domiciliare em 2013 (0,71%), 626 em 2012 (0,70%) e 761 em 2011 (0,78%)<sup>1</sup>. No entanto, estes registos incluem apenas partos de nados-vivos e, mais, não distinguem entre partos domiciliare planeados e não planeados, o que não é uma questão de somenos importância – é reconhecido que o risco de complicações é extremamente diferente, maior no parto domiciliar não planeado (Olsen & Clausen, 2012); e podemos inferir que também as causas, as motivações e até as características sociodemográficas serão distintas num parto domiciliar por opção e num parto domiciliar não-intencional. Apesar das limitações dos dados, estes permitem ilustrar a raridade do fenómeno em Portugal.

De facto, por todo o mundo, mas com diferentes características e a diferentes velocidades, a assistência ao parto deslocou-se do circuito leigo para o pericial e do contexto domiciliar para o hospitalar. Com a crescente valorização do conhecimento científico, a institucionalização da medicina e o desenvolvimento da obstetrícia, as parteiras tradicionais que exerciam na comunidade perderam o seu estatuto carismático conferido pela posse de um «saber de experiência feito» e foram gradualmente inseridas no sistema hospitalar de assistência onde a cultura médica é hegemónica (Carapinheiro, 1993; Carneiro, 2008), num movimento particular de paramedicalização (Freidson, 1984). Acompanhando as tendências internacionais, enquadradas por um movimento de base sanitarista que procurava reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, o hospital foi instituído como o local onde o parto *deve* acontecer. Em Portugal, num período relativamente curto assistiu-se a uma transformação marcante de um cenário onde cerca de 80% de partos ocorria no domicílio, em 1960, para outro onde praticamente 100% dos partos ocorre no hospital, na atualidade (Figura 1):

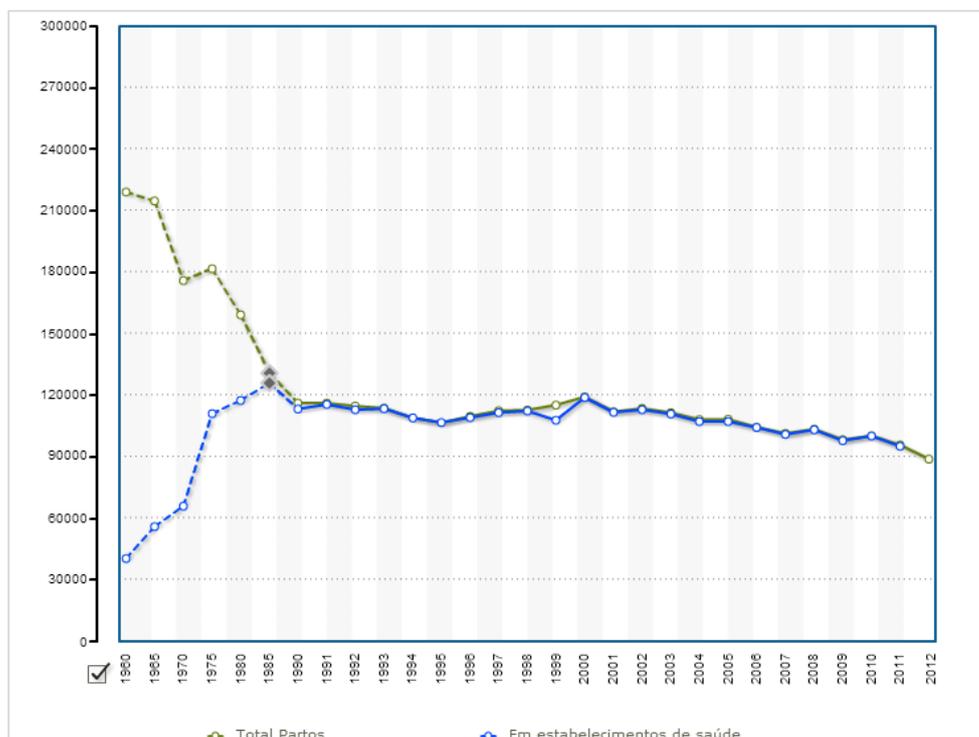


Figura 1 – Número total de partos e número de partos institucionais, por ano (Fonte: Pordata<sup>2</sup>)

A redução significativa das taxas de mortalidade associadas à maternidade legitimou a institucionalização do parto e abriu caminho para a disseminação de uma cultura intervencionista de assistência. Não obstante dos reais contributos do desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia nas profissões de saúde, que permitem salvar vidas e minimizar os efeitos nefastos em inúmeras situações patológicas, a aceitação acrítica da atual cultura de intervenção em situações onde não existe patologia ignora os seus efeitos prejudiciais a curto e a longo prazo. O aumento insustentável do número de intervenções obstétricas dispendiosas e desnecessárias que se verifica não só em Portugal, mas na maioria dos países desenvolvidos (Euro-Peristat, 2013), requer uma reflexão transdisciplinar, quer de investigadores, quer de profissionais da prática, e demanda um lugar de destaque na agenda política. A recente constituição de uma Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (Despacho n.º 6197/2013 de 29 de abril) é um sinal de reconhecimento político da relevância desta problemática.

Neste contexto, a opção minoritária por um parto domiciliado constitui um desafio à ordem social estabelecida e, em Portugal, não dispõe de enquadramento legal ou organizacional, o que pode ser encarado como gerador de desigualdades no acesso à saúde (Santos, *in press*). Embora uma proposta teórica, sem base de suporte empírico, pode dizer-se que o parto em casa é retratado por organizações e indivíduos, ou em artigos mediáticos com recurso, fundamentalmente, a três quadros retóricos: (1) *a retórica da legitimação superficial* – que o descreve como uma segunda opção que faz sentido, mas *apenas* face à inexistência de ofertas hospitalares menos intervencionistas e que respeitem verdadeiramente o direito ao consentimento informado; (2) *a retórica do retrocesso* – que o condena, por se tratar de um retrocesso arriscado que demonstra ignorância e/ou uma desvalorização dos desenvolvimentos tecnológicos que permitiram reduzir as taxas de mortalidade relacionadas com a maternidade; e (3) *a retórica do exótico* – que o ilustra como uma opção exótica e extravagante enquadrada num estilo de vida alternativo, onde eventualmente predomina uma ligação ao natural.

Olhando para além destes apriorismos, foi construído um percurso de investigação que permitisse explorar os processos sociais que envolvem a tomada de conhecimento, a opção e a vivência de um parto domiciliado na sociedade portuguesa contemporânea. Pretendia-se compreender os fatores que participam na tomada de conhecimento do parto em casa e na opção por esse tipo de parto; conhecer o modo como a mulher ou o casal utilizou e geriu os recursos disponíveis no sistema convencional de saúde e os restantes nas várias fases da gravidez e no parto; perceber como a mulher ou o casal gere as expectativas sociais e médicas sobre a vigilância médica da gravidez, do parto e dos riscos que a eles se associam. Perante a escassez de referenciais teóricos diretamente ligados ao tema, foi imprescindível a revisão de contributos teóricos de áreas mais amplas, como a filosofia, a sociologia da saúde, os estudos de género e outras ciências sociais. Os conceitos de medicalização, de reflexividade, de coerência identitária e de consumo adquiriram centralidade à medida que se construía o quadro teórico de referência. Dado que se procurava desvendar os sentidos e os significados produzidos em torno desta opção, recorreu-se a uma metodologia qualitativa, com a realização de 18 entrevistas semidiretivas a mulheres ou casais, de Norte a Sul do país. A análise dos dados gerados permitiu a construção de esquemas ilustrativos da trajetória biográfica captada em casa entrevista, e algumas dessas trajetórias são aqui apresentadas e analisadas.

## **2. Medicalização e desmedicalização da maternidade**

A medicalização tem sido estudada pela sociologia, em particular pela sociologia da saúde, como um fenómeno social complexo de ampliação do poder e do campo de ação da profissão médica para campos onde antes não tinha lugar (Conrad, 2007). Existindo uma definição médica para um fenómeno ou um problema, serão também definidos quais os procedimentos normais para o problema e quais os desadequados, anormais e repletos de riscos (Augusto, 2004).

Ainda que frequentemente vinculados a uma visão demasiado radical, os contributos de Foucault para a discussão da medicalização são incontornáveis. Foucault propõe uma reflexão sobre a construção histórica e social da imprescindibilidade da medicina, analisando a afirmação e desenvolvimento de saberes, que se centralizaram através de instituições normalizadoras (como a universidade e o hospital) e da legitimação política da sua atividade (Foucault, 1989). Mais do que a vida pública, o controlo da vida privada e do bem-

-estar da população tornam-se prioridades do Estado, que valida o domínio médico sobre processos como a morte, a sexualidade e o nascimento, no sentido de uma massa global e uma força de trabalho disciplinada que possa dar resposta às exigências de uma sociedade eminentemente capitalista.

Com efeito, o corpo da mulher, a sua anatomia e os processos fisiológicos que lhe são próprios têm sido alvo de um processo de medicalização, mas com contornos singulares: mais do que a replicação simples de um fenómeno de medicalização mais amplo, há interseções com a construção social de género, com a evolução histórica do papel da mulher e com definição de políticas de regulação da natalidade que não podem ser excluídas da sua análise social. A *medicalização do feminino* (Santos, 2012, p. 4) é mais do que a simples medicalização do corpo feminino, i.e. não se trata apenas da deslocação de processos fisiológicos do corpo da mulher para a jurisdição da medicina. Engloba uma complexidade de forças e de movimentos homólogos e análogos que coexistem e interagem, identificando-se valores masculinos e valores femininos de ambos os lados, pró e contra a medicalização. Badinter (2010, p. 93) descreve a maternidade aludindo ao “Império do Bebê” e à ironia de uma “escravatura voluntária” a que as mulheres ocidentais estão submetidas depois de se libertarem da dominância patriarcal, numa sociedade que “privilegia a mãe em detrimento da mulher” (idem, 2010: 127). Quando grávida, o corpo da mulher adquire o estatuto de propriedade pública e quer o desafio ao conhecimento médico, quer o incumprimento das normas por ele estabelecidas, tornam-se socialmente condenáveis – a diminuição do número de filhos por casal transforma cada gestação não apenas num acontecimento delicado para os futuros pais, que procuram controlar todos os riscos, mas também num acontecimento de que depende o futuro da própria humanidade (Tereso, 2005). Como exemplo paradigmático, a intervenção pública e médica sobre a gravidez e a institucionalização do parto são casos reveladores da ampla legitimidade social da medicalização do feminino, em grande medida conferida pela percepção de inúmeros riscos, quer por leigos, quer por peritos (Fox & Worts, 1999; Tereso, 2005; Viisainen, 2000).

O conceito de risco, desenvolvido por Beck (1992), numa estreita ligação com o de reflexividade de Giddens (1998), compreende que a consciencialização social da fragilidade do que antes se afirmava ser seguro, despoletada quer pelo conhecimento biomédico, quer por construções sociais, leva ao desenvolvimento da percepção dos riscos que cada escolha encerra. Se a reflexividade – a rutura dos indivíduos com os costumes, a procura ativa de conhecimento e a capacidade de refletir sobre esse conhecimento e sobre a própria reflexão – é intrínseca aos processos sociais modernos, a percepção do risco e a definição social do risco estão inerentes à forma como os indivíduos se apropriam da realidade e de como constroem sobre ela um sentido coerente e constroem a realidade. De uma forma muito particular no que diz respeito à gravidez e ao parto, quer para os profissionais, quer para as próprias mulheres grávidas, há um cálculo cuidadoso do risco, no sentido de controlarem todos os potenciais problemas, levando a que a própria construção da confiança nos profissionais possa assumir contornos singulares (Ettorre, 2000; Giddens, 1998; Zadoroznyj, 2001). Assiste-se a uma reconfiguração do estatuto de perito, que perde parte da sua irredutibilidade e do seu carisma, sendo ainda assim bastante valorizado o conjunto particular de competências adquiridas e certificadas por um diploma universitário. Não é possível identificar uma completa desvalorização da posição social da medicina e das tecnologias médicas, mas assiste-se a uma perda gradual de parte do seu valor inquestionável e sagrado, aproximando-as da prestação de serviços e da lógica do direito ao consumo (Baudrillard, 2007).

Apesar das iniciativas contemporâneas que promovem a desmedicalização do parto, o conjunto de quadro retóricos já referidos e as restantes pressões sociais pró-medicalização contribuem para que o modelo biomédico seja, ainda, o modelo que prevalece e que predomina (Ettorre, 2000; Tereso, 2005).

### **3. Trajetórias de desinstitucionalização**

Este percurso de investigação permitiu explorar as dimensões sociais que envolvem a opção por um parto domiciliar planeado. Emergiu dos discursos a consciência de que a trajetória que caracterizou a opção teve por base uma desconstrução reflexiva da forma normal de se parir e a procura de um sentido de coerência identitária, alinhado com os contributos de Giddens (1998). Apresentam-se, em maior detalhe, as trajetórias

de três dos dezoito casos reunidos, para ilustrar diferentes características, diferentes posicionamentos face ao hospital e diferentes graus de adesão ao sistema convencional.

### 3.1. Madalena e Henrique

A Madalena e o Henrique (Fig. 2) viviam num apartamento, numa zona residencial da Grande Lisboa. A Madalena tinha 32 anos, era licenciada num ramo da psicologia, mas trabalhava como administrativa numa empresa. O Henrique, de 38 anos, concluiu o secundário e trabalhava como motorista de transportes públicos. Ainda antes de engravidar, a Madalena organizou um curso sobre a gravidez e a parentalidade, com uma procura ativa de informação e a desconstrução de conceitos adquiridos. A irmã do Henrique teve um parto em casa e, para ele e para a Madalena, alguns aspetos do parto hospitalar começaram a perder sentido. No entanto, foi na gravidez que o parto domiciliar emergiu como uma possibilidade. No seu caso, esta não constituiu a primeira opção. Nos contactos com vários hospitais, onde apresentaram um plano de parto (uma lista de intenções e de preferências, com referência alguns procedimentos que não seriam consentidos), aperceberam-se que nunca lhes foi garantido que, por exemplo, a Madalena poderia escolher a posição do parto, e constataram que a admissão no hospital tinha implícita uma aceitação absoluta das condições inerentes ao modelo de assistência vigente.

Durante a gravidez combinou o acompanhamento médico habitual com as consultas com uma enfermeira/parteira e com um curso com a doula. Também as consultas médicas de vigilância da gravidez contribuíram para a definição da opção. Aí, não revelou à médica que queria um parto em casa, porque quando partilhou que planeava não receber analgesia epidural, “a médica disse que achava mal, mas que já na bíblia dizia «parirás com dor», pelo que se era o que queria, era o que ia ter”. Tanto o acompanhamento da doula e da parteira e a psicoterapia, durante a gravidez, tornaram mais clara a tomada de decisão. Nos dois partos, tiveram a presença da doula e a parteira e tinham uma piscina de partos que colocaram na sala. No entanto, se pudesse ter tido a sua liberdade respeitada no hospital, como em casa, a Madalena teria preferido não ter um parto domiciliar.

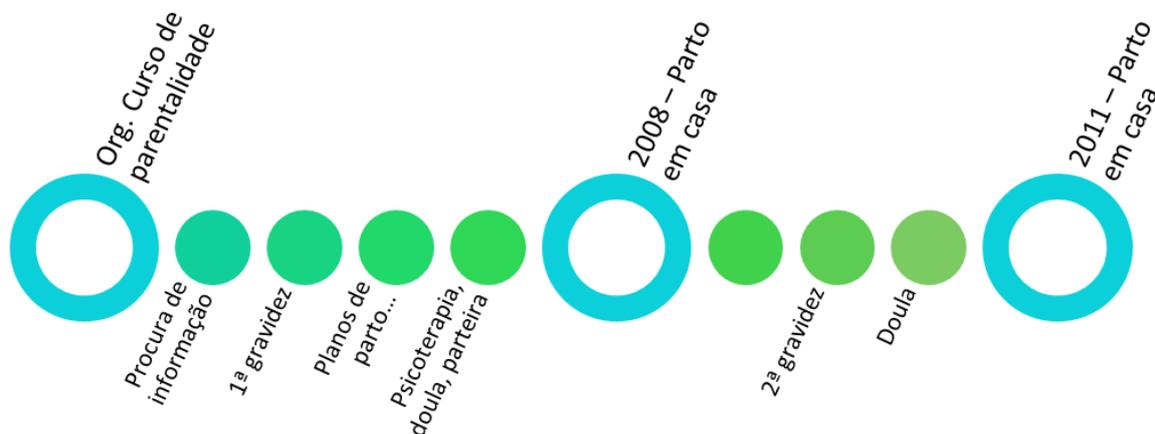


Figura 2 – Trajetória de desinstitucionalização da Madalena e do Henrique

### 3.2. Joaquina e Sansão

A Joaquina e o Sansão (Fig. 3) viviam numa moradia, numa zona rural da grande Lisboa<sup>3</sup>. A Joaquina era estudante de uma terapia artística de inspiração antroposófica. O Sansão era músico de jazz e produtor de laranjas biológicas. Para a Joaquina, havia um conjunto de opções com as quais esta se relaciona – ela por estar ligada à medicina de inspiração antroposófica e ele por seguir a filosofia macrobiótica. Não sentiram que a decisão tenha sido mediada por associações ou por outros atores. A opção de um parto em casa surgiu espontânea e naturalmente no casal. No entanto, um internamento psiquiátrico no passado da Joaquina fazia com que sentisse necessidade de distinguir o parto dessa experiência desagradável anterior. Refere que, em

casa, sabia que poderia ter poder sobre o parto enquanto, no hospital, o médico é a autoridade e é necessário abdicar do poder para poder usufruir de um serviço.

Durante a gravidez, foi acompanhada por uma médica privada que assistia a partos em casa e recorria à médica do centro de saúde para a prescrição das análises. Nunca revelou a escolha de um parto domiciliar a esta médica. Realizou 3 ecografias na primeira gravidez e apenas 2 na segunda. Não houve uma adesão completa ao esquema de exames e de prescrições da médica privada, logo na primeira gravidez, o que conduziu à degradação da relação de confiança que tinham estabelecido. Ambos os partos foram assistidos por uma enfermeira/parteira, a quem reconheceu uma assistência mais personalizada. Os dois partos foram marcadamente distintos quanto à duração, à localização, às posições, às estratégias para o alívio da dor. Embora tenha ido ao hospital depois do primeiro parto, pela necessidade de se suturar uma laceração perineal, sentiu que ambos os partos corresponderam às suas expectativas. “Correr mal seria o mundo invadir aquele momento tão íntimo”. Após cada parto, fez referência a um período de quarentena, um isolamento intencional da criança que permitisse uma transição suave ao mundo social. No seu discurso, descreveu o parto como um processo iniciático, em que se consegue verdadeiramente tocar o mundo espiritual.

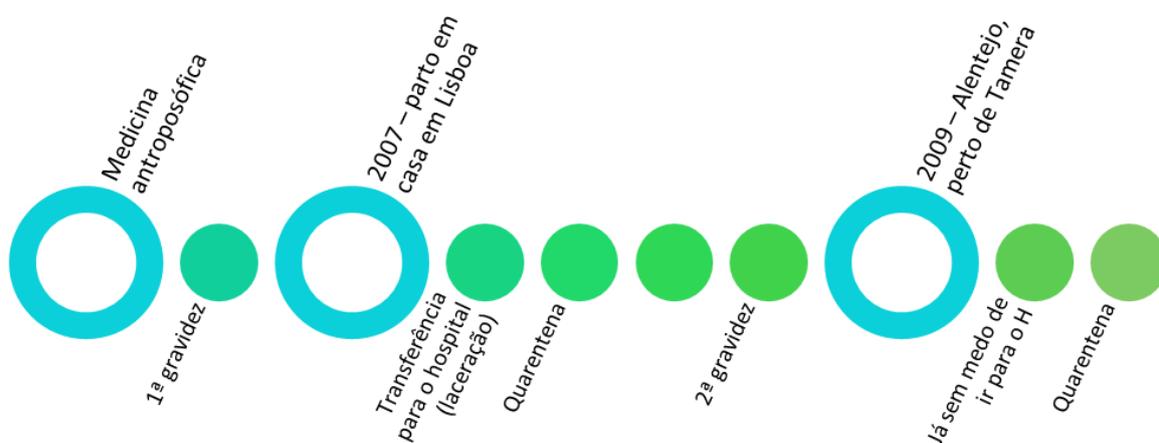


Figura 3 – Trajetória de desinstitucionalização da Joaquina e do Sansão

### 3.3. Maria B.

A Maria B. (Fig.4), de 32 anos, morava em Aljezur, onde geria um aldeamento turístico. Fez uma licenciatura em ciências farmacêuticas, mas durante o curso percebeu que discordava de alguns dos princípios e das estratégias da medicina alopática. Quando começou a estudar macrobiótica, desenvolveu alguma revolta face à medicina alopática, que encara a gravidez e o parto como uma doença, num ambiente antinatural. Não vê nenhuma razão para as mulheres irem para o hospital ter um filho. Em casa, “a mulher pode andar como ela quer, estar com as pessoas que quer, com as pessoas que escolher. Não há um ambiente asséptico. Não há ninguém a excluir o companheiro. Ninguém vai cortar o períneo. Tem muito mais controlo sobre o parto do que se estivesse no hospital. É algo natural e normal que as pessoas sempre fizeram.” O contexto, em grande medida, contribuiu para que a opção pelo parto em casa fosse a mais natural. Muitas das pessoas com quem contactou, no local onde estudou macrobiótica, tinham passado pela mesma experiência de um parto domiciliar planeado. Refere que, aí, não houve sequer reações de entusiasmo quando comunicou que decidira um parto em casa, porque era de facto uma opção normal. Fora desse contexto, ainda assim, as reações eram de uma surpresa maior e de condenação, por parte de alguns amigos ou familiares. Durante a primeira gravidez, o facto de ter aumentado apenas 3 quilos foi algo que suscitou muitas reações negativas. Na segunda gravidez aumentou 5 quilos e, após ambos os partos, recuperou de imediato o peso habitual. Sabia que um aumento de 8 a 10 quilos seria considerado normal, mas considerava que uma mulher grávida que aumente assim de peso fica demasiado gorda e não queria estar nessa situação.

Houve uma mobilização personalizada dos recursos médicos que lhe fizeram sentido mas, no entanto, ambas as gravidezes seriam enquadradas, em termos clínicos, no grupo de risco a que pertence uma gravidez não vigiada, por não se cumprir o limite mínimo de seis consultas. Na primeira gravidez, teve uma consulta com uma obstetra que identifica como “mais alternativa” aos 3 ou 4 meses de gestação. Estava em França a viver com o namorado, mas a consulta foi feita em Portugal. Ao contrário do que é mais habitual, não fez análises, nem monitorizou a tensão arterial, nem tomou suplementos de qualquer tipo. Não teve mais consultas médicas, porque não achou que houvesse necessidade, mas fez três ecografias ao longo da gravidez para “ter certeza que estava tudo bem com o bebé”. Em paralelo, contactou com a enfermeira/parteira em três momentos e aceitou fazer algumas análises, mas desvalorizou a sua importância. Houve um primeiro contacto aos 3 meses de gestação, seguido de uma primeira consulta a meio da gravidez e uma última consulta a uma semana do parto. Dias antes do parto, foi viver para um apartamento na mesma rua onde a parteira morava. Não providenciou uma piscina de partos ou outras tecnologias por considerar que não se enquadravam no que deveria ser um parto natural. Apenas não abdicou da presença da parteira. Na segunda gravidez, não teve qualquer consulta e manteve a opção pelas três ecografias. Reconheceu poucos contributos das consultas. “Se estava tudo bem, porque é que havia de ir ao obstetra?” A construção da gravidez e do parto como um processo natural levou a que não sentisse necessidade de se aconselhar com ninguém. No entanto, reconheceu alguma ingenuidade e referiu que na segunda gravidez contratou os serviços de uma doula porque, com o primeiro filho, teve alguns problemas ligados à amamentação que uma doula ajudou a solucionar. O segundo parto aconteceu em casa com o namorado e, embora tenha planeado um parto assistido, a parteira chegou apenas depois do parto, cortou o cordão umbilical e suturou uma laceração perineal.

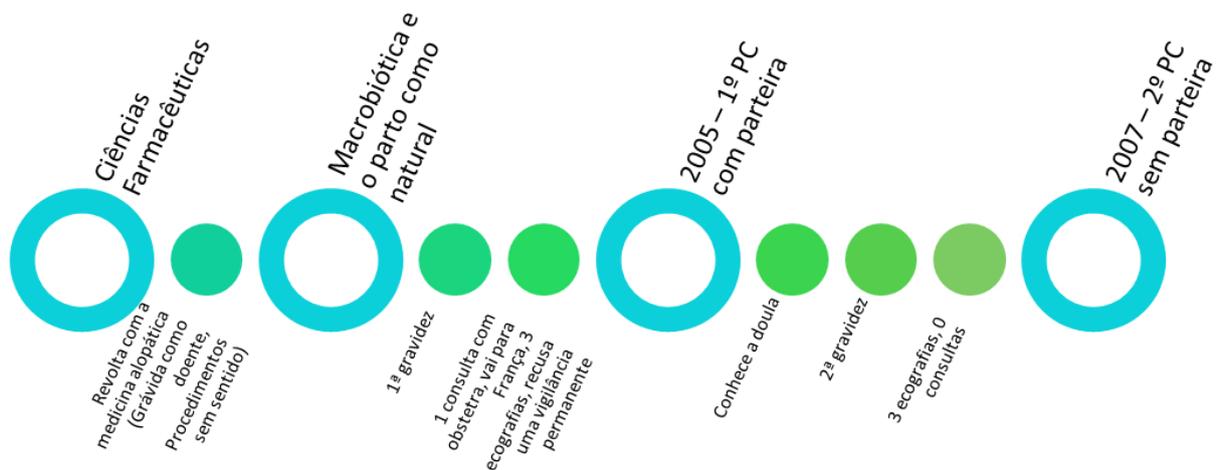


Figura 4 – Trajetória de desinstitucionalização da Maria B.

#### 4. Conclusão

Estes três casos, mesmo que de forma redutora, permitiram ilustrar a diversidade de trajetórias e de experiências que enquadram o parto domiciliar enquanto escolha contemporânea e reflexiva. Durante a gravidez, ou mesmo antes da gravidez, a coincidência de fatores distanciadores entre a mulher e o sistema convencional de assistência ao parto provoca uma degradação das relações de confiança que o casal estabelecia com esses profissionais, enquanto se assiste a um fortalecimento de outras relações, novas ou não, com atores posicionados fora ou na periferia do sistema convencional.

O parto em casa surge enquadrado num conjunto de outras opções que promovem um sentido de coerência identitária. A procura ativa de informação inerente a cada uma destas trajetórias conduziu a um questionamento reflexivo de verdades que se julgavam absolutas, a uma reconfiguração das percepções de risco e a uma procura de alternativas que permitissem a manutenção do poder da mulher e a conservação do parto enquanto experiência íntima, por exemplo. No entanto, não é possível identificar uma verdadeira

desmedicalização: em todos os casos, a medicina permanecia como estruturante dos discursos, repletos de terminologia médica, e até da procura por legitimidade através de estudos médicos. Ao invés de uma rejeição da proposta da medicina, há uma mobilização reflexiva e personalizada de recursos, onde o modelo biomédico é mais ou menos convocado, a par de outros modelos e de outros recursos. Mesmo não se podendo falar de uma desmedicalização, há uma perda da centralidade da medicina (Fig. 5), que aqui partilha o lugar, de um modo mais uniforme, com outros recursos identificados como igualmente válidos e adequados, ou até como mais relevantes e adequados.

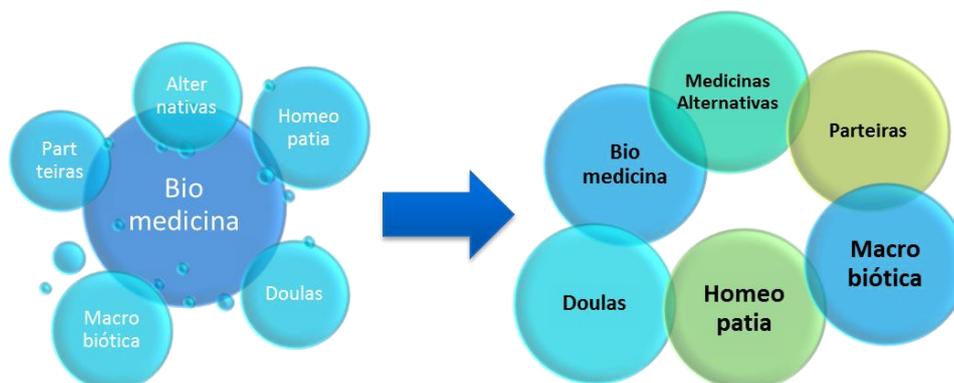


Figura 5 – A perda da centralidade da medicina face a outras propostas terapêuticas, no parto domiciliar

A diversidade de experiências e a ampla combinação de recursos do sistema médico convencional e com os de um outro sistema são um reflexo da fragilidade do poder médico. Embora não seja ainda possível propor uma tipologia que ilustre a diversidade de posicionamentos face ao consumo e à recusa de tecnologia médica na gravidez e no parto, é possível desenhar um contínuo (Fig. 6) a partir dos 18 casos estudados, entre um *alternativismo radical* e um *alternativismo moderado*, de acordo com o grau de conformidade com o sistema convencional de vigilância da gravidez e de assistência no parto.

Num polo, o *alternativismo radical* representa uma rejeição quase completa dos recursos enquadrados no modelo biomédico, bem como uma recusa de outras propostas terapêuticas que, mesmo sendo naturais e não tendo uma origem “artificial” ou “química”, são tidos como desnecessários. Aqui se inclui uma rejeição, por exemplo, da toma de suplementos “naturais” na gravidez ou uma desvalorização da necessidade de não comer certos alimentos, pois estas introduzem elementos externos interferentes com um processo natural, fisiológico e completo. O parto poderá, ou não, ser assistido por um profissional. O caso da Maria B. posiciona-se perto deste polo: o conjunto de opções e de experiências por si descritas são as que mais se aproximam de um *alternativismo radical*, de entre todos os restantes casos.

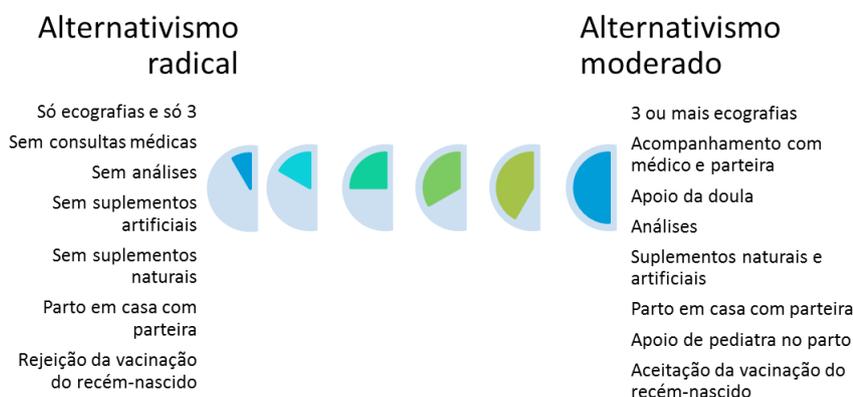


Figura 6 – Grau de conformidade com o modelo convencional

No polo oposto, o alternativismo moderado representa um posicionamento mais próximo da lógica de direito ao consumo de tecnologia e de recursos na gravidez e no parto. Os recursos são mobilizados na medida em que permitem a apropriação de um sentido para a realidade vivida durante este processo. Apesar de uma redefinição de perceções de risco, que configuram o hospital como um local repleto de riscos e o domicílio como a opção mais segura, não há uma incompatibilidade com os elementos tecnológicos alternativos, nem mesmo com os médicos. São, aliás, esses elementos que transmitem um grau maior de confiança e de segurança na tomada de decisão por um parto domiciliário.

A complexidade social de um parto domiciliário planeado ramifica e estende-se muito para além da experiência circunscrita do momento do parto. Toda a trajetória de tomada de decisão, de experiência da gravidez e de vivência da parentalidade fornecem os elementos necessários para uma análise abrangente dos processos e dos significados que são produzidos. No seu conjunto, estas trajetórias diversas de desinstitucionalização do parto não demonstram uma rejeição da medicina, mas sim da hegemonia médica, com a afirmação de um poder que escapa ao controlo hospitalar.

## Referências bibliográficas

Augusto, M. (2004). *Infertilidade e reprodução medicamente assistida em Portugal: dos problemas privados aos assuntos públicos*. Universidade da Beira Interior - Covilhã.

Badinter, E. (2010). *O conflito - A mulher e a mãe*. Lisboa: Relógio D'Água.

Baudrillard, J. (2007). *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70.

Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento.

Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação: séculos XV-XX*. Porto: UP.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Despacho n.º 6197/2013 de 29 de abril. Diário da República n.º 91 - II série de 13 de maio. Ministério da Saúde - Direção-geral da Saúde. Lisboa.

Ettorre, E. (2000). Reproductive Genetics, Gender and the Body: 'Please Doctor, may I have a Normal Baby?'. *Sociology*, 34(3), 403–420. doi:10.1177/S0038038500000262

Euro-Peristat. (2013). *European Perinatal Health Report - Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Retrieved from <http://www.europeristat.com>

Foucault, M. (1989). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge.

Fox, B., & Worts, D. (1999). Revisiting the critique of medicalized childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. *Gender & Society*, 13(3), 326–346. doi:10.1177/089124399013003004

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.

Giddens, A. (1998). *As consequências da modernidade* (4ª ed.). Oeiras: Celta.

Olsen, O., & Clausen, J. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(9). Retrieved from [http://almenpraksis.ku.dk/nyheder/oleolsen/Hjemmef\\_dsel.pdf](http://almenpraksis.ku.dk/nyheder/oleolsen/Hjemmef_dsel.pdf)

Santos, M. (2012). *Nascer em casa: a desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Retrieved from <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/4684>

Santos, M. (in press). Private and Public Home Births - Comparing access, options and inequalities in Portugal and Denmark. In B. Padilla et al. (Eds.), *Health and Citizenship: Equity in maternalchild healthcare in times of crisis*. Lisboa.

Tereso, A. (2005). *Coagir ou emancipar*. Lisboa: Formasau.

Viisainen, K. (2000). The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in home birth in Finland. *Sociology of Health & Illness*, 22(6), 792–814. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00231/abstract>

Zadoroznyj, M. (2001). Birth and the “reflexive consumer”: trust, risk and medical dominance in obstetric encounters. *Journal of Sociology*, 37(2), 117–139. doi:10.1177/144078301128756256

---

<sup>1</sup> Nados-vivos, por local do parto, por ano. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt). Apenas existe informação sobre a totalidade dos partos (e não apenas sobre os nados-vivos) para o ano de 2012.

<sup>2</sup> Disponível em [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)

<sup>3</sup> Não declararam a idade.