

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Representações sociais sobre o nascimento: o parto em casa

Inês Filipa General Trindade

Doutoramento em Sociologia

Orientadores:

Doutora Sónia Pintasilgo, Professora Associada,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Doutor Mário JDS Santos, Investigador Integrado,
CIES-Iscte

dezembro, 2024



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

Representações sociais sobre o nascimento: o parto em casa

Inês Filipa General Trindade

Doutoramento em Sociologia

Orientadores:

Doutora Sónia Pintassilgo, Professora Associada,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Doutor Mário JDS Santos, Investigador Integrado,
CIES-Iscte

dezembro, 2024



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

Representações sociais sobre o nascimento: o parto em casa

Inês Filipa General Trindade

Doutoramento em Sociologia

Júri:

Doutor Nuno de Almeida Alves, Professor Associado, Iscte -
Instituto Universitário de Lisboa (Presidente do Júri)

Doutora, Amélia Maria Cavaca Augusto, Professora Associada,
Universidade da Beira Interior

Doutora Maria Isabel Rodrigues Baptista, Professora Auxiliar
Convidada, Universidade Aberta

Doutora Sónia Pintasilgo, Professora Associada, Iscte - Instituto
Universitário de Lisboa

Agradecimentos

A realização desta tese constituiu-se com o apoio, a orientação e a motivação de várias pessoas, às quais quero deixar o meu mais sincero agradecimento.

Aos meus orientadores, Sónia e Mário, pela vossa combinação entre constante confiança que depositaram em mim com o enorme conhecimento científico que me transmitiram.

À minha família pelo apoio incondicional. Um obrigada especial à minha mãe, que nunca me deixa desistir; e ao Ricardo, por muitas vezes assumir as responsabilidades domésticas, o que me permitiu uma maior dedicação a este projeto.

Aos meus colegas do Iscte. Aos meus amigos do Iscte. Obrigada pela motivação.

A todas as pessoas que contribuíram e participaram neste trabalho.

Resumo

Este estudo tem como objetivo compreender as representações sociais do nascimento a partir da perspectiva de mulheres que experienciaram ou planeiam um parto em casa. São analisadas as representações sociais relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto, com especial enfoque no parto em casa, enquanto expressão de agência e resistência às normas institucionais. Além disso, investigam-se as tensões entre as representações idealizadas e as práticas realizadas, destacando as discrepâncias entre o ideal e a experiência concreta.

A transição para a maternidade é representada como um processo transformador, marcado por fatores pessoais, sociais e estruturais. Nesse sentido, existe uma representação social da gravidez como um rito de passagem que divide a vida da mulher em antes e depois da maternidade, destacando a importância do apoio adequado em todo o processo.

No presente trabalho, verifica-se a existência de percepções negativas do parto no hospital, frequentemente associado a intervenções médicas excessivas e dinâmicas de poder assimétricas, o que compromete a autonomia e agência feminina e potencia práticas percebidas como violência obstétrica. Nesse contexto, a escolha pelo parto em casa é interpretada como uma forma de resistência à medicalização e procura por uma experiência humanizada que valorize o protagonismo da mulher. Essa opção reflete uma crítica ao sistema biomédico, que tende a centralizar decisões nos profissionais de saúde.

O impacto dessas experiências é evidente no pós-parto, influenciando o bem-estar das mulheres e as suas representações sobre a maternidade. Existe ainda uma percepção de negligência das necessidades maternas, devido ao foco quase exclusivo no recém-nascido.

Palavras-chave: Representações sociais, nascimento, medicalização, parto em casa, humanização.

Abstract

This study aims to understand the social representations of childbirth from the perspective of women who have experienced or plan to have a home birth. It analyzes social representations related to pregnancy, childbirth, and postpartum, with a particular focus on home birth as an expression of agency and resistance to institutional norms. Additionally, it explores the tensions between idealized representations and actual practices, highlighting discrepancies between the ideal and the concrete experience.

The transition to motherhood is represented as a transformative process shaped by personal, social, and structural factors. In this context, pregnancy is socially represented as a rite of passage that divides a woman's life into before and after motherhood, emphasizing the importance of adequate support throughout the process.

The study identifies negative perceptions of hospital births, often associated with excessive medical interventions and asymmetric power dynamics, which undermine women's autonomy and agency while fostering practices perceived as obstetric violence. In contrast, choosing home birth is interpreted as a form of resistance to medicalization and a pursuit of a humanized experience that values women's protagonism. This choice reflects a critique of the biomedical system, which tends to centralize decision-making in healthcare professionals.

The impact of these experiences is evident in the postpartum period, influencing women's well-being and their representations of motherhood. There is also a perceived neglect of maternal needs due to the almost exclusive focus on the newborn.

Keywords: Social representations, childbirth, medicalization, home birth, humanization.

Índice

Introdução	1
Parte I – Representações sociais do nascimento: estado da arte e enquadramento	9
Capítulo 1 – Representações sociais	11
1.1 Definição e processo de construção das representações sociais	11
1.2 Funções e influência na identidade.....	14
1.3 Transformação e mudança	16
Capítulo 2 – Medicalização da sociedade e do nascimento	19
2.1 Construções sociais do género e controlo sobre o corpo	23
2.2 Experiências individuais e movimentos alternativos.....	28
2.3 Práticas profissionais no parto e a medicalização.....	31
Capítulo 3 – Risco	39
3.1 A perceção do risco	39
3.2 Noção social do risco.....	42
Capítulo 4 – Escolha pelo local de parto	47
4.1 Cultura e tradição.....	48
4.2 Influência de pares	51
4.3 Sistema de saúde e intervenções médicas.....	53
4.4 Perspetiva socioeconómica	57
4.5 Empoderamento da mulher e parto humanizado	59
Capítulo 5 – Violência obstétrica	63
5.1 Maus-tratos durante o parto	65
Capítulo 6 – Parto em casa	75
6.1 Tendências globais.....	76
6.2 Desafios e benefícios	78
6.3 Perfil sociodemográfico da população fecunda	82
6.4 Relação com o sistema de saúde.....	84
Parte II – Representações sociais do nascimento: desenho da investigação	89
Capítulo 7 – Objetivos	91
Capítulo 8 – Metodologia	95
8.1 Métodos e técnicas.....	95
8.2 Seleção de participantes e recolha de dados	97
8.3 Análise de Dados	103
8.4 Ética e gestão de dados	105

8.5 Limitações da Pesquisa.....	107
Parte III – Representações sociais do nascimento: análise de resultados	111
Capítulo 9 – Representações sociais da gravidez.....	113
9.1 Maternidade e planeamento familiar	113
9.2 Noção social da gravidez.....	117
Capítulo 10 – Representações sociais do parto	125
10.1 No hospital.....	125
10.1.1 Medicalização do parto	125
10.1.2 Padronização do parto e a pandemia como agravante	134
10.2 Em casa.....	143
10.2.1 Rede de apoio e humanização do parto.....	143
10.2.2 Gestão de riscos e receios	151
Capítulo 11 – Representações sociais do pós-parto.....	167
11.1 Relação entre o parto e o pós-parto	167
11.2 Informação e apoio ao pós-parto	171
Conclusão	179
Referências	191
Anexo	201

Introdução

O sistema de saúde pode ser entendido como um campo de interações sociais onde diferentes agentes, como médicos, gestores e utentes, competem por capital simbólico e poder. Esta disputa não ocorre isoladamente, mas dentro de uma estrutura institucional que define os recursos disponíveis e regula as normas de funcionamento, segundo uma lógica que reflete dinâmicas sociais e políticas mais amplas (Bourdieu, 1989). Por outro lado, a crescente desorganização nas unidades hospitalares, evidenciada por problemas como longos tempos de espera, falta de recursos humanos qualificados e sobrecarga de serviços de urgência¹, tem vindo a agravar-se em Portugal ao longo das últimas décadas (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022; Prata, 2016). Esta tendência reflete a dificuldade em ajustar os recursos e a capacidade operacional à crescente procura por cuidados de saúde. Fatores como a insuficiência de recursos materiais e humanos, a sobrecarga administrativa e a ineficácia de planeamento estratégico desempenham um papel central nesta crise. Estes elementos revelam tensões entre as necessidades de saúde da população e a capacidade do sistema de responder de forma eficaz e equitativa, revelando uma crise de ajustamento estrutural (Luhmann, 2002). Adicionalmente, esta crise é intensificada por exigências sociais crescentes, como a procura pela equidade no acesso aos serviços, e por transformações demográficas significativas, como o envelhecimento da população (Coelho, 2016). Estes desafios colocam pressões adicionais sobre o subsistema de saúde, sendo que a articulação entre estas dinâmicas – demográficas, sociais e de disputa interna – sublinha a complexidade dos problemas enfrentados pelo sistema de saúde.

No que se refere às urgências hospitalares de obstetrícia em Portugal, estas têm enfrentado uma crise nos últimos anos, marcada pela escassez de profissionais de saúde e pela sobrecarga de serviços (Arreigoso, 2024; Entidade Reguladora da Saúde, 2024). Este cenário tem resultado em atrasos no atendimento, encerramentos temporários de urgências, transferências de grávidas entre hospitais e uma preocupação crescente entre utentes e especialistas quanto à qualidade e segurança dos cuidados prestados. A crise reflete a fragilidade de um sistema de saúde pressionado por uma procura que supera a capacidade de resposta, o que poderá dizer-se que alimenta uma desconfiança crescente nas representações sociais do hospital como o espaço seguro e adequado para o parto.

¹ Devido à sobrecarga dos serviços de urgência em Portugal, no final do ano de 2023, o Serviço Nacional de Saúde desenvolveu um plano de reorganização da rede dos serviços de urgência do SNS, exposto na deliberação nº 205/2023.

Por outro lado, e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é também fundamental incluir as experiências subjetivas das mulheres como um indicador importante na avaliação da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde perinatal (World Health Organization, 2018). As perspectivas das mulheres sobre os cuidados que recebem, incluindo a sua sensação de autonomia, respeito e bem-estar emocional, oferecem informações valiosas sobre a eficácia dos serviços de maternidade. Ao incorporar estas vivências na gestão dos serviços de saúde e nas medidas de avaliação da qualidade dos cuidados, é possível alcançar uma compreensão mais ampla das potencialidades e limitações dos cuidados de saúde perinatal. Isso permite assegurar que o foco não se restrinja à sobrevivência, promovendo também o desenvolvimento de um ambiente positivo, respeitoso e de apoio para utentes e famílias durante o parto, valorizando o seu bem-estar físico e emocional.

Ao refletir sobre a importância das experiências subjetivas das mulheres no parto, torna-se muito difícil não considerar o impacto da medicalização (Conrad, 2007; Illich, 1975) nos cuidados de saúde perinatal. Este conceito refere-se à tendência de interpretar e tratar processos naturais da vida, nomeadamente o nascimento, como sendo eventos médicos que necessitam de intervenção clínica. Embora a medicalização tenha potenciado avanços significativos na segurança e na saúde materna e neonatal, também levanta questões sobre o uso excessivo e não justificado de tecnologia, a redução da autonomia das mulheres e as barreiras à personalização dos cuidados.

No contexto do parto, a medicalização excessiva tende a priorizar intervenções padronizadas, como cesarianas ou induções, mesmo que careçam de validade clínica, em detrimento do respeito pela singularidade da experiência de cada mulher. Esta abordagem tecnocrática desvaloriza as dimensões emocionais e sociais inerentes ao parto (Davis-Floyd, 2001), comprometendo o bem-estar emocional das parturientes e reduzindo a sua perceção de respeito e protagonismo no processo de nascimento. A investigação sociológica tem vindo a revelar, por exemplo, como a medicalização do nascimento tem transformado as experiências de gravidez, parto e pós-parto em processos altamente institucionalizados e controlados (Jordan & Davis-Floyd, 1992; Oakley, 1980).

Devido a todas estas condicionantes nos serviços de urgência de obstetrícia e nas restantes dinâmicas hospitalares, algumas mulheres e famílias começam a questionar a centralidade do hospital e a considerar alternativas que valorizem a experiência de parto humanizado e personalizado (Barata et al., 2020), revelando uma reavaliação das normas de atendimento obstétrico no contexto atual. O parto em casa surge como uma resposta e, até, como uma reação à medicalização (Conrad, 2007; Illich, 1975) excessiva do nascimento, sendo que, ao

optar por parir em casa, as mulheres estão a reivindicar um maior controlo sobre o processo de parto e uma maior personalização de assistência às suas próprias necessidades. Surge também como uma solução perante os desafios enfrentados em sistemas de saúde sobrecarregados, especialmente em momentos de crises, como pandemias ou escassez de recursos. Num cenário de sobrecarga dos sistemas de saúde, como o que se observou durante a pandemia por Covid-19, o parto em casa também se poderia apresentar como uma estratégia para otimizar o uso dos recursos hospitalares, ainda que tal não se tenha verificado. Com menos parturientes a recorrerem ao hospital, os serviços de urgência e cuidados intensivos ficam menos sobrecarregados, permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos limitados. Ainda assim, as perceções de risco associadas ao parto, no geral, e ao parto em casa, em particular, incluindo um risco de cariz moral e moralizante (Viisainen, 2000) impossibilitaram que essa possibilidade fosse equacionada.

Posto isto, com base no local de nascimento, podemos destacar três tipos principais de parto: (1) o parto no hospital, predominante em Portugal, caracteriza-se por ocorrer em instituições de saúde, públicas ou privadas, e por oferecer acesso a recursos tecnológicos avançados e uma maior possibilidade de intervenção médica; (2) o parto em centros ou casas de parto, ainda inexistente no contexto Português, embora com propostas e projetos atualmente em discussão, é o parto que ocorre em espaços especificamente concebidos para o nascimento, fora do ambiente hospitalar, mas com suporte básico e segurança; e (3) o parto em casa (Negrão, 2024).

No contexto contemporâneo e no âmbito desta investigação, o parto em casa é entendido como o processo de parir no ambiente doméstico, contando geralmente com a assistência de parteiras ou profissionais de saúde devidamente qualificados. Este conceito enfatiza o caráter planeado da prática, sendo caracterizado por uma preparação cuidadosa e a disponibilidade de suporte técnico adequado para garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido. Aqui, é importante distinguir o parto em casa planeado de situações de partos não planeados ou acidentais, que ocorrem sem assistência ou preparação prévia, frequentemente associados a maiores riscos (Pintassilgo et al., 2023). É ainda relevante diferenciá-lo das práticas históricas de partos domésticos, comuns em contextos onde existia uma limitada ou inexistente acessibilidade a cuidados médicos, e que, por isso, apresentavam configurações muito distintas no que respeita à segurança e às intenções subjacentes. O parto em casa contemporâneo, como aqui definido, reflete uma escolha informada e estruturada, frequentemente inserida em movimentos que valorizam o protagonismo da mulher e o resgate de práticas menos medicalizadas, sem descuidar os avanços técnicos e científicos disponíveis.

Quanto à tipologia baseada no tipo de assistência, podem-se encontrar-se diversas nomenclaturas que, embora distintas, não são mutuamente exclusivas: o parto medicalizado, que se destaca pelo uso de intervenções clínicas, como anestesia epidural, indução do trabalho de parto ou cesariana, frequentemente associado ao contexto hospitalar; o parto natural, que se caracteriza pela valorização da redução ou ausência de intervenções médicas e do recurso a métodos naturais de alívio da dor, como técnicas de respiração ou banhos de imersão (Negrão, 2024), frequentemente associado a um contexto não hospitalar; o parto instrumentalizado, que envolve a utilização de instrumentos, como fórceps ou ventosas, necessários em situações que requerem suporte adicional para completar o nascimento; e, ainda, o parto humanizado, caracterizado pelo respeito às escolhas da mulher e pela priorização do conforto e da privacidade, independentemente do local onde ocorre ou das intervenções que possam ser necessárias.

Contudo, existe uma hegemonia cultural (Gramsci, 1994, 2010) nas representações sociais que legitimam o poder médico, especialmente no que diz respeito ao nascimento e aos cuidados de saúde, onde esse poder se estabelece como dominante, com as suas práticas e saberes sendo amplamente aceites e validados pela sociedade. Essa hegemonia reforça a centralidade do modelo institucionalizado na gestão dos processos de saúde, garantindo que o poder médico se mantenha quase incontestado. Ainda assim, existem sempre formas de resistência que surgem contra esse tipo de poder, inclusive nas práticas de saúde (Foucault, 1975, 1989, 2004). A rejeição do modelo hegemónico não se limita à escolha do local de parto ou ao tipo de cuidados recebidos, mas engloba uma visão mais ampla de saúde e bem-estar. Essas escolhas são moldadas por representações sociais distintas, que desafiam o monopólio da medicina institucionalizada e a autoridade das instituições de saúde tradicionais, o que se alinha com a ideia de Pierre Bourdieu (1986) sobre como diferentes capitais simbólicos e culturais moldam as práticas e as percepções sociais. Neste contexto, as representações sociais (Moscovici, 1961) sobre a saúde desempenham um papel crucial na formação das escolhas e práticas no nascimento.

Existe cada vez mais literatura sobre a gravidez, parto e maternidade nas ciências sociais (Oakley, 2016a; Santos, 2014). O parto em casa, como fenómeno contemporâneo, tem sido estudado sobretudo como uma opção paradigmática de rejeição reflexiva da hegemonia médica (Santos & Augusto, 2016), representando uma escolha intencional e informada que desafia o modelo biomédico dominante. Trata-se de um evento social complexo que coloca em perspetiva diferentes percepções de risco, poderes e conhecimentos, os quais possuem distintos níveis de legitimidade social e são moldados por representações sociais. Essas

representações influenciam como a sociedade valoriza ou desvaloriza determinadas práticas, associando o parto no hospital à segurança e à competência técnica, enquanto o parto em casa é muitas vezes representado como uma escolha arriscada, apesar das evidências e preferências pessoais. Dessa forma, o parto em casa evidencia as tensões entre os saberes tradicionais e científicos, bem como entre autonomia e controlo, refletindo as dinâmicas de poder que influenciam as escolhas das mulheres e moldam as perceções sociais acerca do que é considerado um parto adequado.

Santos (2012) explorou as experiências de parto em casa de várias mulheres, revelando que a escolha por este tipo de parto representava mais do que uma decisão pessoal ou prática: constituía um manifesto contra o domínio hegemónico da medicina sobre o processo do nascimento. Para muitas dessas mulheres, o parto em casa simbolizava uma forma de retomar o controlo sobre o próprio corpo e sobre a experiência do parto, contestando o modelo hospitalar tecnocrático, que frequentemente subordina a parturiente à autoridade médica. Este estudo expõe como o parto em casa é, portanto, um espaço onde se confrontam diferentes formas de conhecimento – o científico e o experiencial – e onde as mulheres reclamam a legitimidade das suas escolhas face a um sistema médico que muitas vezes marginaliza a sua autonomia.

De facto, o parto enquanto evento social e os movimentos sociais que o rodeiam têm registado um crescimento significativo em termos de número e complexidade ao longo das últimas décadas (Santos, 2019). O aumento da conscientização sobre a humanização do parto reflete uma maior valorização das escolhas e das necessidades das mulheres no processo de nascimento. No entanto, as formas contemporâneas de resistência à medicalização do parto permanecem, em grande medida, um privilégio acessível apenas a algumas mulheres. Nem todas as parturientes dispõem de alternativas ao parto no hospital, nem têm a possibilidade de exercer plenamente o seu direito de escolha, seja devido a limitações económicas, sociais ou geográficas.

Com demasiada frequência, as mulheres encontram-se em condições em que têm pouca ou nenhuma possibilidade de decisão sobre as circunstâncias do seu parto (Oakley, 1980, 1984). Fatores como a ausência de recursos, a pressão para se conformarem às normas institucionais ou a falta de apoio a opções alternativas, como o parto em casa, limitam significativamente a sua autonomia. Neste contexto, o conceito de humanização do parto surge como uma abordagem que visa devolver às mulheres maior liberdade e controlo sobre o processo de parir. É importante, no entanto, reconhecer que a humanização não se restringe a um único ambiente ou modelo de parto. Trata-se de um conjunto de práticas que respeitam as

escolhas informadas das mulheres, promovem o seu protagonismo e priorizam o seu bem-estar físico, emocional e social, bem como o do bebé. Assim, os partos humanizados podem ocorrer tanto no ambiente doméstico como em hospitais, desde que sejam orientados por princípios fundamentais, como o respeito pela autonomia da mulher, a minimização de intervenções desnecessárias e o desenvolvimento de um ambiente acolhedor e respeitoso que valorize a experiência da parturiente. Ainda assim, a tecnocratização institucionalizada na sociedade atual dificulta cada vez mais uma humanização do parto nos hospitais.

Com efeito, a aparente liberdade de escolha que frequentemente se vê associada a diferentes contextos e modelos de assistência ao parto permanece marcada por desigualdades sociais e económicas. A possibilidade de optar por um parto humanizado, seja em casa ou no hospital, muitas vezes depende de recursos financeiros, acesso a informação e disponibilidade de profissionais capacitados. Em muitos contextos, essa opção está acessível apenas a uma minoria privilegiada, deixando uma parte significativa das mulheres sem condições de exercer plenamente o seu direito de escolha. Esta desigualdade ressalta a importância de políticas públicas que garantam o acesso universal a cuidados de maternidade respeitosos e centrados na pessoa, independentemente do contexto socioeconómico. Assim, a escolha no parto permanece, frequentemente, uma questão de privilégio (Oakley, 2016b; Sadler et al., 2016; Santos, 2019), onde as condições socioeconómicas e a disponibilidade de redes de apoio são determinantes para que as mulheres possam reivindicar um parto que respeite a sua autonomia e as suas preferências.

É sobre estes pressupostos que este trabalho se desenvolve. O objetivo geral desta investigação consiste em compreender as representações sociais do nascimento a partir da perspetiva de mulheres que experienciaram ou planeiam um parto em casa. Este objetivo geral desdobra-se em três objetivos específicos: em primeiro lugar, procura-se explorar as representações sociais associadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto; em segundo lugar, e como foco principal desta investigação, propõe-se analisar as representações sociais relativas ao parto em casa; por fim, o terceiro objetivo visa analisar a discrepância entre as representações sociais e as práticas efetivamente realizadas, evidenciando possíveis tensões entre o que é idealizado e o que é concretizado.

Estes objetivos guiam o presente trabalho, sendo que o mesmo se encontra estruturado em várias secções que permitem uma leitura organizada e progressiva dos temas abordados. Primeiramente, é apresentado o enquadramento teórico, o qual está dividido em seis capítulos. Estes capítulos abordam conceitos fundamentais para o desenvolvimento da análise, nomeadamente: representações sociais, que introduzem as bases teóricas sobre a construção e

influência das percepções coletivas; medicalização da sociedade e do nascimento, que explora o impacto da intervenção médica nos processos naturais; risco, enquanto conceito central para a compreensão das práticas e escolhas relacionadas ao nascimento; escolha pelo local de parto, abordando os fatores que influenciam esta decisão; violência obstétrica, uma questão emergente e relevante nos cuidados à mulher durante o parto; e, por fim, parto em casa, discutindo as suas motivações e desafios no contexto atual.

Na sequência do enquadramento teórico, são apresentados os objetivos da investigação, onde se explicitam as questões centrais que orientam este estudo, fornecendo um enquadramento orientador para o desenvolvimento da pesquisa e, nesse sentido, para as escolhas metodológicas, expostas no capítulo posterior. As escolhas metodológicas abrangem tanto os procedimentos de recolha de dados como as estratégias de análise adotadas, sendo que a sua fundamentação pretende garantir a fiabilidade dos dados obtidos.

Posteriormente, procede-se à análise dos dados empíricos, que se encontra estruturada em três capítulos principais. O primeiro capítulo aborda as representações sociais da gravidez, investigando como a gravidez é compreendida e experienciada enquanto fenómeno social. O segundo capítulo concentra-se nas representações sociais do parto, explorando os significados atribuídos a este evento pelas pessoas envolvidas. O terceiro e último capítulo desta secção analisa as representações sociais do pós-parto, focando nas percepções e experiências após o nascimento.

Por fim, a investigação encerra com uma secção dedicada às conclusões, onde se sintetizam os principais resultados e se reflete sobre as implicações teóricas e práticas do estudo, bem como possíveis direções para investigações futuras.

Parte I – Representações sociais do nascimento: estado da arte e enquadramento

Capítulo 1 – Representações sociais

Uma forma de perceber como os agentes compreendem uma determinada realidade é estudar a sua representação social. As classificações e representações sociais são padrões de cultura socialmente contingentes que simplificam a percepção do mundo, constituindo-se como instrumentos de ação e objeto de transmissão social (Costa, 1997). Os valores, normas e classificações sociais de uma cultura interligam-se em sistemas de representações sociais, visto que “a sociedade é a ideia que ela forma de si mesma” (Durkheim, cit por Pais, 1998, p. 19).

Os valores constituem-se como preferências por certas disposições ou sistemas comportamentais, porém, essas crenças são elas próprias uma tradução empírica de valores (Pais, 1998). Sendo também modelos orientadores de condutas, os valores adquirem um significado próximo do conceito de normas, que se constituem como regras, escritas ou não, que asseguram a regularidade da vida social (Vosswinkel, 1987), pelo que os interesses dos agentes são condicionados pelo sistema dominante de valores e normas sociais (Trindade, 2020).

Com efeito, para além da imposição de regularidade, os valores e as normas constituem-se como instrumentos de controlo social. Estes regulam não só o comportamento individual, mas também as interações coletivas, promovendo uma ordem que favorece a coesão social². As normas e valores, ao serem internalizados pelos indivíduos, contribuem para a estabilidade das estruturas sociais (Parsons, 1991), pelo que este processo de socialização é fundamental para a reprodução da sociedade, uma vez que garante a continuidade das suas regras e expectativas. Podemos dizer que as representações sociais são coletivas, mas que se individualizam nos agentes (Durkheim, 1955).

1.1 Definição e processo de construção das representações sociais

É difícil definir um momento ou atribuir a um autor o lugar de fundador do ramo da teoria das representações sociais, visto que o conceito é já há muito abordado por disciplinas como a Psicologia, a Sociologia e a Filosofia. Ainda assim, são muitos os autores que identificam Moscovici (1961) como o fundador do conceito, tanto a nível teórico como a nível empírico

² A sensação de coesão social caracteriza-se pelo sentido de pertença a um grupo – como um resultado da internalização de valores comuns que garantem a ordem social (Parsons, 1991).

(Cavaleiro et al., 2018). Contudo, antes de Moscovici, outros pensadores já refletiam sobre questões semelhantes, pelo que são muitas as perspectivas a ter conta.

Para Émile Durkheim (1996) as representações coletivas são produtos da sociedade, desenvolvidas pela ação de estruturas sociais que moldam o pensamento coletivo em esferas como o conhecimento científico, a religião e as ideologias. Com efeito, as estruturas sociais, ao enquadrarem estas representações, desempenham um papel fundamental na coesão social, pois desenvolvem categorias de pensamento partilhadas que tornam possível a comunicação e a organização das sociedades. Durkheim argumenta ainda que as crenças e rituais religiosos são formas de representações coletivas que expressam a solidariedade e a ordem social (Durkheim, 1996).

Por outro lado, Bourdieu (1972) e Giddens (1984), oferecem uma conceptualização mais dinâmica, onde as estruturas sociais não são entidades externas que agem sobre os indivíduos de forma determinista, como sugerido por Durkheim, visto que essas estruturas não existem apenas na ação dos agentes, mas são também interiorizadas, incorporadas, nos agentes sociais. As estruturas têm efeitos, mas só têm efeitos na medida em que existem internalizadas nos agentes sociais. Ou seja, os poderes causais das estruturas são poderes potenciais e só se concretizam através da ação. No fundo, Bourdieu e Giddens sugerem uma perspectiva mais complexa, onde as estruturas são incorporadas nos agentes sociais e recriadas continuamente através das suas ações.

Sendo, dessa forma, a estrutura internalizada, é evidente que pressupõe a existência de uma estrutura externa anterior, dado que só se pode internalizar aquilo que existe. Nesse sentido, “a estrutura internalizada ordena socialmente ordenando generativamente a ação” (Pires, 2007, p. 36). São várias as expressões utilizadas para referir esta internalização, tais como socialização e incorporação. Contudo, mesmo esta última expressão refere-se a uma incorporação de algo que num primeiro momento é exterior àquilo que é incorporado.

Essa socialização acontece por meio de vários mecanismos que contribuem para a transmissão e utilização de sistemas de representações sociais (Costa, 1997). Segundo Parsons (1998), a família desempenha a função social de instilar as normas e representações culturais da sociedade nas crianças. Contudo, é também na escola e através dos meios de comunicação social que as crianças aprendem normas, valores e imitam comportamentos e atitudes provenientes de outras pessoas com quem se identificam socialmente (Trindade, 2020).

Bourdieu (1972) aborda esta temática, sendo que, na sua perspectiva, “a incorporação é sobretudo um processo de ordenamento dos mecanismos cognitivos do social em função dos interesses associados às posições que resulta na emergência de modelos que ordenam

analogicamente a ação” (conforme Pires, 2007, p. 36, sobre o argumento de Bourdieu). As representações sociais constituem-se como formas de percepção do mundo, pelo que se baseiam no senso comum e na experiência de vida das pessoas. Ou seja, à luz das palavras de Bourdieu (1998, 2004) as representações sociais são exteriorizações do *habitus* dos agentes sociais. O sociólogo francês (1998) define *habitus* como um sistema estruturado de percepção do mundo que, sendo socialmente construído, estrutura a vida social (Bourdieu, 1998). Também Doise (1991) destaca as estruturas cognitivas (regidas por regulações sociais diferentes) na construção das representações.

Por sua vez, na abordagem de Archer, a estrutura e a agência constituem-se como poderes sociais irreduzíveis, mutáveis e que se reproduzem. Isto é, tem-se que: por um lado “a estrutura precede necessariamente a ação que conduz à sua reprodução”; e, por outro lado, “a elaboração estrutural sucede-se necessariamente às sequências da ação que a originaram” (Archer, 1995, p. 15). A socióloga autonomiza a estrutura e a ação, visto que cada um destes elementos apresenta relações e propriedades particulares.

Assim, “as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2002, p. 22). São construções sociais coletivas de significados que refletem as experiências, valores, normas e contexto histórico e político de uma determinada comunidade, e moldam a percepção e a interpretação da realidade social. Cada pessoa contribui para a construção das representações sociais com base na sua interpretação única desses elementos.

Essas representações não são exclusivas de indivíduos; são compartilhadas por membros de uma sociedade ou grupo, pelo que são formas de conhecimento social partilhado (Moscovici, 1961), e por isso distinto do conhecimento científico (Mónico, 2013). O processo de construção e partilha de representações sociais envolve a negociação constante de significados, pelo que a interação social, a comunicação e o consenso alcançado dentro de um grupo desempenham um papel fulcral nessa construção de significados.

São vários os pensadores clássicos da sociologia que expõem a necessidade de analisar a vida social que precede as representações, como Durkheim e Mauss (1974), Weber (1985), e ainda Marx e Engels (1991). As representações sociais de um indivíduo são, segundo Bourdieu (1998, 2004), fortemente condicionadas pelas posições que ocupa nos diversos campos da vida social, expondo a internalização dos efeitos das distribuições assimétricas de recursos, de capitais (1972). Variam significativamente entre diferentes grupos sociais, sendo moldadas por uma variedade de fatores, como classe social, género, idade, etnia, cultura e contexto

geográfico. Essas diferenças refletem as diversas experiências e perspectivas que os membros desses grupos têm em relação ao mundo.

É importante reconhecer que as diferenças sociais não ocorrem isoladamente, mas muitas vezes entrelaçam-se (Trindade, 2020). Diferentes aspectos da identidade combinam-se para moldar as experiências e as representações sociais das pessoas. Portanto, diferentes grupos sociais podem construir representações distintas sobre os mesmos temas com base nas suas experiências e perspectivas únicas.

As diferenças nas representações sociais têm o potencial de originar conflitos, mas também podem ser entendidas como espaços de negociação e troca de significados. Em contextos sociais onde diversas visões e interpretações se encontram, a discordância pode ser uma fonte de tensões; contudo, é também através dela que se abrem oportunidades para o diálogo e para a construção coletiva de entendimento (Durkheim, 1996). Assim, ao reconhecer e valorizar as várias representações sociais, os grupos podem contribuir para uma convivência mais harmoniosa, alicerçada no entendimento e na cooperação, onde as diferenças não são vistas como ameaças, mas sim como elementos enriquecedores de uma sociedade plural. Com efeito, Serge Moscovici (1961) destaca a natureza social e dinâmica da construção de significados na sociedade, que são moldados pela interação social, pela comunicação e pelo contexto cultural.

1.2 Funções e influência na identidade

As representações sociais desempenham papéis fundamentais na simplificação da realidade, na comunicação entre membros da comunidade, na legitimação de práticas sociais e na construção da identidade. O processo de construção das representações sociais envolve a simplificação da complexidade do mundo. As pessoas tendem a categorizar informações para torná-las mais compreensíveis e organizadas, agrupando-se (inconscientemente ou não) objetos e pessoas que são apercebidos como semelhantes, desenvolvendo-se categorias e estereótipos que são compartilhados socialmente. Certas categorizações são autossuficientes para a sua própria explicação, como são exemplo as categorias de género, que se articulam em sistemas de representações sociais que se impõem como ordem (Vasconcelos, 2004).

Essa simplificação, ao ser partilhada pelos agentes sociais, contribui para uma comunicação facilitada entre os membros de uma comunidade. Ao compartilhar

representações, as pessoas constroem um entendimento comum, fomentando a interação social e a coesão social de grupo.

As representações sociais contribuem para a legitimação de práticas sociais existentes, fornecendo uma base simbólica para normas e valores. Contribuem para a manutenção da ordem social ao justificar instituições e estruturas de poder e influenciam o comportamento dos indivíduos, orientando as suas ações e decisões. Moldam atitudes, crenças e expectativas, influenciando como as pessoas se comportam em relação a determinados temas, grupos ou situações. As representações são, portanto, um veículo de reprodução e reconstrução social, na medida em que se constituem como avaliações cognitivas de realidades e princípios de produção de sentido (Almeida & Costa, 1990).

Desta forma, as representações sociais não são neutras ou universais. O poder e a desigualdade estrutural desempenham um papel central na forma como determinadas representações se tornam dominantes ou marginalizadas. As relações de poder influenciam a construção do conhecimento e da verdade (Foucault, 1975), sendo que as representações sociais que são aceites e reproduzidas por um grupo muitas vezes reforçam hierarquias e exclusões sociais, deixando à margem aqueles que detêm menos poder.

Para Weber (1985) as representações comprometem o pensamento e a ação dos agentes, sendo uma base que guia a sua conduta. São elementos-chave na construção e negociação da identidade individual e coletiva, pelo que influenciam como os indivíduos se auto percebem e como se relacionam com os outros na sociedade, desempenhando um papel vital na formação da compreensão de si mesmo e do mundo ao redor (Abric, 1998). A identidade é formada em relação a discursos e representações sociais que definem o que significa pertencer a um grupo social específico. A identidade é, assim, um processo dinâmico, moldado pelas representações que os indivíduos adotam e pelas que lhes são impostas. O sentido de pertença é construído e reforçado por representações que configuram o modo como os grupos sociais se veem a si mesmos e aos outros (Hall, 1992). Por outro lado, as representações sociais podem ser tanto reprodutoras quanto transformadoras da identidade. Em alguns casos, as pessoas reproduzem as representações dominantes, enquanto, em outros casos, desafiam-nas e procuram construir identidades alternativas.

As representações sociais são incorporadas às narrativas pessoais dos indivíduos. Pelo que, a forma como aqueles contam as suas experiências, práticas e as próprias crenças e valores muitas vezes reflete as representações sociais que internalizaram ao longo do tempo.

1.3 Transformação e mudança

As representações são fenómenos sociais culturais dinâmicos, sendo que Moscovici (1961) defende que existem elementos mais estáveis e fundamentais nas representações, e elementos mais flexíveis e sujeitos a transformações, que refletem mais facilmente as mudanças sociais, culturais e políticas numa sociedade.

À medida que as normas sociais evoluem, as representações sociais também se alteram para refletir essas transformações, visto que as relações de poder forçam os indivíduos a ajustar-se às normas sociais (Foucault, 1975). Certas transformações nas normas sociais resultam de lutas e negociações entre diferentes grupos sociais. À medida que o poder se distribui desigualmente na sociedade, certos grupos com maior capital simbólico (Bourdieu, 1986) conseguem moldar as representações sociais de acordo com os seus interesses. Esta dimensão de poder (Foucault, 1975) é muitas vezes invisível, mas profundamente eficaz no modo como os indivíduos se ajustam às normas dominantes, muitas vezes sem uma consciência crítica de que estão a reproduzir estruturas de dominação (Bourdieu, 1998). Estas relações de poder que forçam os indivíduos a ajustar-se às normas evidenciam-se sobretudo no caso das normas sexuais (Butler, 1990), o que se pode rever no que se refere, mais especificamente, às representações sociais em torno do nascimento.

Os movimentos sociais (Touraine, 1996) desempenham um papel importante na transformação de representações sociais. Grupos que procuram uma mudança social desafiam muitas vezes representações padronizadas, questionam normas e procuram promover novas perspetivas e valores, no âmbito de uma reconfiguração da forma como as realidades sociais são compreendidas e articuladas. O que envolve a desconstrução de estereótipos presentes nas representações sociais, promovendo o pensamento crítico e questionando narrativas simplificadas e preconcebidas sobre grupos específicos. Estes movimentos de desconstrução são frequentemente difíceis e morosos, visto que os grupos socialmente dominantes impõem as suas representações sociais aos outros – um processo de hegemonia cultural (Gramsci, 1994, 2010) muito difícil de romper.

As representações sociais são desenvolvidas e ajustadas através da linguagem e trocas comunicacionais (Moscovici, 1961). A linguagem, neste contexto, não é apenas um meio de comunicação, mas também uma ferramenta para estruturar a realidade e moldar o entendimento coletivo. A interação entre diferentes culturas, impulsionada pela globalização, pode conduzir à transformação de representações sociais. O contacto entre culturas diferentes pode desafiar visões do mundo dominantes e promover uma compreensão mais ampla.

Por outro lado, a evolução na produção dos *media* também desempenha um papel importante na construção social da realidade (Berger & Luckmann, 1991) e, portanto, na transformação de representações sociais, visto que é um meio eficaz de disseminação de conteúdo. Diversos meios de comunicação, como televisão, cinema, jornais, revistas e plataformas digitais, contribuem para a construção de imagens, narrativas e discursos que moldam as percepções coletivas na sociedade. Ao mesmo tempo, os *media* também podem ser uma ferramenta para a transformação social e para a resistência.

Portanto, enquanto a linguagem e a comunicação são um meio essencial através do qual as representações sociais são desenvolvidas e ajustadas, é importante reconhecer que estas trocas comunicacionais são também arenas de luta simbólica (Bourdieu, 2004), uma vez que aqueles que detêm maior poder social – capital cultural, económico e simbólico (Bourdieu, 1986) – definem a realidade social.

No que se refere ao ajustamento e reconstrução de representações sociais, a maternidade pode constituir-se como uma transição importante, sendo que processos como a gravidez, o parto e o pós-parto exigem da mulher³ uma constante (re)construção da identidade (Kimura, 1997). Isto porque a mulher começa a integrar um novo papel social, o de mãe, que requer adaptação. Esse processo de transformação é moldado pelas normas e valores da sociedade, onde as mulheres confrontam e ajustam as representações sociais da maternidade. Se as representações da maternidade forem idealizadas e romantizadas, podem gerar pressões para que, por exemplo, as mulheres correspondam a expectativas que muitas vezes conflituam com a sua identidade anterior (Oakley, 2018), o que pode desenvolver sentimentos de inadequação.

As mulheres são socializadas de forma a internalizarem a ideia de que a maternidade é um dos pilares fundamentais da sua identidade, sendo muitas vezes ensinadas a considerar o papel de mãe como uma expressão natural e inevitável da feminilidade. Este processo de socialização ocorre em várias esferas da vida – na família, na escola e até nos *media* – e reforça o papel da mulher como cuidadora e responsável pelo bem-estar dos outros (Bourdieu, 1998), especialmente dos filhos. A sociedade espera que a mulher exerça o seu papel materno atribuindo-lhe uma centralidade que coloca a sua própria identidade num plano secundário em relação ao bem-estar dos filhos e da família (Oakley, 2018). Assim, a maternidade é tanto uma

³ Aqui importa referir estes processos exercem um impacto significativo na construção identitária, exigindo uma constante reconstrução por parte de diversos indivíduos e intervenientes (como o pai, homem, entre outros) e não exclusivamente da mulher. Assim como as representações sociais, de modo geral, se configuram como processos coletivos, também a gravidez, o parto e o período pós-parto assumem uma dimensão coletiva mais ampla, ultrapassando o impacto restrito à mulher.

experiência individual, onde cada mulher vivencia o papel de mãe de forma única, como uma instituição social, onde a sociedade impõe normas e representações que orientam o comportamento e as expectativas das mulheres (Rich, 1995).

Em resumo, as representações sociais têm um papel fulcral na simplificação da realidade e na comunicação. Constituem-se como instrumentos legitimadores de desigualdades e hierarquias sociais, contribuindo simultaneamente para a formação de identidades e para a reprodução da ordem social. A complexidade da noção de representações sociais reflete as tensões e interações entre os diversos campos de saber, o que enriquece a sua aplicação tanto na análise do senso comum quanto na investigação das relações de poder e hegemonia cultural. A transformação das representações sociais está intrinsecamente ligada às dinâmicas sociais e culturais em evolução. A capacidade de refletir, desafiar e reconstruir as representações sociais é essencial para lidar com as mudanças na sociedade e promover uma compreensão vasta.

Assim, no que se refere à medicalização da sociedade e do nascimento, as representações sociais têm um papel fulcral na estruturação da realidade e da forma como a medicalização contribui para a redefinição e controlo social de processos naturais, na medida em que a medicina, mais do que um campo técnico, configura-se como um espaço simbólico de poder e legitimidade (Foucault, 1989). As representações sociais do corpo, da saúde e do nascimento são moldadas por discursos hegemónicos que, atualmente, associam a intervenção médica à segurança e ao controlo, promovendo a medicalização de fenómenos antes representados como naturais, como o próprio nascimento. Nesse sentido, a profissão médica e a estrutura de racionalidade das sociedades modernas consolidam-se como agentes de legitimação que, além de influenciar a prática clínica, também reforçam hierarquias sociais e normas culturais. Assim, a medicina moderna torna-se não apenas um reflexo dos avanços científicos, mas também um instrumento através do qual as representações sociais são adaptadas e reproduzidas, reforçando e transformando continuamente a ordem social.

Capítulo 2 – Medicalização da sociedade e do nascimento

A sociedade industrial moderna caracteriza-se por um aumento na racionalização e na estrutura burocrática o que, apesar de conduzir a avanços tecnológicos e económicos, restringe interações tradicionais e laços comunitários e de parentesco (Weber, 1985); e impõe uma certa conformidade com as normas e sistemas sociais (Fromm, 1990). Nesse sentido, a profissão médica tem vindo a transformar-se significativamente ao longo do tempo, refletindo mudanças profundas nas estruturas sociais e culturais.

A história da medicina está marcada por inovações tecnológicas e científicas que não só melhoraram a prática clínica, mas também redefiniram a própria natureza do conhecimento médico e da autoridade profissional. A introdução de novas tecnologias e descobertas científicas frequentemente altera a forma como certas condições são diagnosticadas, tratadas e percebidas (Brunton, 2004). Isso não apenas melhora os resultados de saúde, mas também molda as representações, expectativas e experiências dos pacientes.

De acordo com Foucault (1989), o desenvolvimento da medicina moderna está intrinsecamente ligado à evolução dos discursos e das práticas de poder⁴ na sociedade. O autor argumenta que o surgimento da medicina moderna está relacionado com o desenvolvimento de formas disciplinadoras de poder que permeiam as instituições e a vida quotidiana, transformando os corpos em objetos de saber e controlo. Assim, a profissão médica não pode ser entendida isoladamente das dinâmicas de poder que a moldam; ao contrário, deve ser entendida como um campo onde se exercem e se contestam relações de poder, revelando as interconexões entre saber, prática profissional e estrutura social.

Nas sociedades modernas, a prática médica transcende o simples tratamento de doenças, abrangendo também o desenvolvimento da saúde e a prevenção de condições patológicas. Esse movimento é explorado por Zola (1975) através do conceito de medicalização, que descreve a expansão do domínio médico para aspetos cada vez mais amplos da vida quotidiana. Esta medicalização é centrada principalmente na noção de prevenção, fundamentando-se na ideia de que é possível intervir e tratar condições patológicas antes mesmo da sua manifestação evidente (Conrad, 2007; Illich, 1975). Isso significa que práticas preventivas, como exames regulares, vacinação e mudanças de estilo de vida, tornam-se essenciais na medicina contemporânea. Essas práticas não apenas procuram evitar a progressão de doenças, mas

⁴ Foucault (1975) aborda o conceito de poder, sendo que argumenta que o mesmo não é exercido coagindo as pessoas a conformarem-se, é exercido ao estabelecer mecanismos que garantam a sua conformidade.

também configuram novas formas de controlo e normalização social (Foucault, 1989), ao definir padrões de comportamento saudável e identificar desvios que precisam de ser corrigidos. Nesse contexto, a medicina preventiva reflete uma sociedade que valoriza a antecipação e o controlo de riscos, reafirmando a interação entre o conhecimento médico, práticas de poder, normas e representações sociais predominantes.

No entanto, à medida que os estudos sobre a medicalização se foram acumulando, tornou-se claro que esse fenómeno vai muito além do imperialismo médico e é determinado por forças sociais complexas e não apenas pela profissão médica (Conrad, 2007; Prosen & Krajnc, 2019). Forças essas que se constituem como a própria democracia e a ordem económica capitalista (Foucault, 2004). Portanto, a medicalização é influenciada por várias entidades que transcendem o campo médico tradicional, como as instituições de educação, os *media*, a indústria farmacêutica e as normas sociais e culturais em torno da saúde. Estas entidades podem promover conhecimentos e práticas que incentivam a vigilância da saúde, pelo que moldam perceções públicas sobre o que é considerado saudável ou patológico. As normas sociais e culturais, que definem e reforçam ideais de saúde e bem-estar, contribuem para a expansão da medicalização, ao legitimarem intervenções médicas em aspetos variados da vida quotidiana. Dessa forma, a medicalização reflete uma complexa rede de interações sociais, económicas e culturais que configuram e perpetuam a influência da medicina em múltiplas esferas da vida social.

Foucault (1989) destaca a conscientização política sobre a indispensabilidade da medicina e da sua análise, sublinhando a importância de priorizar o controlo de processos globais, como o nascimento e a morte. Esse enfoque conduziu-o a conceber a era do poder sobre a vida, conhecida como a era do biopoder. Nesse contexto, além da medicina, outras disciplinas da saúde que se vão desenvolvendo também são incorporadas nesse debate, como observado por Miles (1991), bem como outras disciplinas das ciências sociais e humanas como a filosofia, a antropologia, o direito e, claro, a sociologia, que estuda as estruturas sociais, as normas e os valores que moldam a saúde e a medicina. Assim, a era do biopoder é caracterizada por uma confluência de disciplinas que moldam e contestam as formas de controlo sobre a vida e a saúde. A análise dessas interações revela a complexidade dos processos sociais que sustentam a medicalização, destacando como a medicina é tanto um campo de conhecimento quanto uma prática inserida num tecido social e político mais amplo (Conrad, 2007).

A relevância dos nascimentos colocou em interação diferentes saberes, onde se privilegia a medicina e se define um sistema de intervenção na saúde e na doença da população (Carneiro, 2008; Hugman, 1991). A afirmação da ciência moderna no séc. XIX conduziu a

uma reconfiguração da cirurgia (Freidson, 1984) que, mais próxima dos avanços da medicina, desenvolveu áreas de conhecimento científico especializado como a obstetrícia – “a ciência médica que estuda e intervém na vertente sexual e reprodutiva do corpo da mulher” (Santos, 2012, p. 8).

O desenvolvimento da obstetrícia, juntamente com outros fatores como a pressão para a redução da mortalidade infantil e perinatal, conduziu à institucionalização do parto em Portugal, no seguimento de uma tendência mais ampla, a nível internacional, tornando-se o hospital o local de preferência para a assistência ao parto.

A abordagem sociológica da medicalização do parto examina como fatores sociais, culturais e institucionais influenciam a experiência do parto e a prática obstétrica. A obstetrícia é uma disciplina que se reporta diretamente à medicina e à enfermagem, mas, mais indiretamente, também à sociologia e a outras ciências (Negrão, 2024). A medicalização do parto é compreendida como um processo dinâmico e interativo, no qual diversos participantes, sejam eles leigos, estatais ou periciais, exercem pressões e influências em várias direções (Santos, 2012: 3). Esse fenómeno reflete um evento natural da vida humana que é cada vez mais moldado e controlado por intervenções médicas e tecnológicas.

Embora a gestação e o parto sejam eventos inerentes à existência humana, as circunstâncias sociais que permeiam esses acontecimentos, como as normas sociais de género, apresentam uma complexidade significativa. O diálogo em torno da medicalização da saúde da mulher possui grande relevância para a sociologia, considerando a complexidade e a diversidade de contextos em que se manifesta, conforme destacado por Santos (2012). Este tema abrange múltiplas dimensões sociais, culturais e históricas, revelando as influências das práticas médicas na construção de perceções sobre o corpo feminino e na definição das experiências de saúde e bem-estar das mulheres. Nesse contexto moderno, o nascimento adquire um status medicalizado, sendo sujeito a institucionalização, legislação e recontextualização, todos contribuindo para a naturalização do aumento da intervenção obstétrica (Pintassilgo, 2014).

A transição de abordagens mais holísticas e baseadas na tradição para métodos mais especializados e científicos reflete mudanças profundas nas práticas e representações sociais em relação ao parto. Foucault (1975; 1989) argumenta que essa transformação está relacionada com o desenvolvimento do biopoder, onde o controlo sobre os corpos e os processos naturais se torna uma forma de exercer poder e controlo social. A institucionalização do parto desloca o evento do ambiente doméstico para o hospitalar, onde é regulamentado por normas e práticas padronizadas.

As representações sociais que sustentam a medicalização do parto acabam por atribuir um valor superior ao parto no hospital e à intervenção tecnológica, frequentemente retratando alternativas como o parto em casa como práticas de risco ou mesmo irresponsáveis. Essa perspectiva desvaloriza as abordagens menos intervencionistas e desconsidera as necessidades e desejos de quem prefere uma experiência mais natural e íntima. Dessa forma, a medicalização não é apenas um reflexo de avanços técnicos, mas também uma expressão das representações sociais que ditam o que é aceitável e desejável no cuidado ao nascimento. Essas representações sociais não surgem isoladamente; são mantidas e reproduzidas por instituições, políticas públicas e discursos médicos, o que reforça o biopoder e o controle institucional sobre o corpo feminino e o processo do nascimento (Foucault, 1975, 2004). A própria legislação, que regula e padroniza o parto, é moldada por essas representações, sustentando a visão do parto como uma prática que, para ser segura, deve ocorrer sob supervisão médica em ambientes hospitalares.

As instituições médicas também desempenham um papel fundamental na definição das normas de saúde (Foucault, 1989). A medicina, enquanto instituição social, é crucial para estabelecer normas de comportamento (Parsons, 1991), determinando o que é considerado normal e anormal, saudável e patológico. Essa definição influencia profundamente as percepções sociais sobre a saúde e a doença (Goffman 1961; 1959). Essas definições de normalidade e patologia são internalizadas pelos indivíduos, moldando as suas identidades e comportamentos. Através das interações sociais e das instituições, essas normas tornam-se parte integrante da realidade quotidiana, frequentemente aceites sem questionamento (Berger & Luckmann, 1991). Esse processo de internalização das construções sociais, onde as concepções de saúde e doença se tornam parte da consciência individual e coletiva, reforça a autoridade das instituições médicas. As representações sociais sobre o que é saudável ou patológico são, portanto, não apenas reflexos de condições biológicas, mas também construções sociais influenciadas pelo poder e conhecimento médicos.

Com efeito, as representações culturais de saúde e doença variam em diferentes períodos históricos, moldando as atitudes em relação à medicalização (Armstrong, 2002). À medida que a medicina avança, as normas sociais em torno da saúde e da medicalização também evoluem. O que antes poderia ser considerado um aspeto normal da vida agora pode ser medicalizado, conforme as normas sociais mudam e a sociedade aceita intervenções médicas em novas áreas (Conrad, 2007). A apropriação do nascimento pela obstetria exemplifica essa dinâmica. A medicalização ocorre quando condições ou comportamentos são definidos como problemas médicos que precisam de intervenção. No caso do nascimento, a obstetria

recontextualizou um processo natural como um evento potencialmente problemático que requer supervisão e intervenção médica. Essa recontextualização não é apenas um reflexo de preocupações de saúde, mas também de mudanças nas percepções culturais e sociais sobre a maternidade, o corpo feminino e a segurança.

Existe, assim, um fenómeno complexo e em constante evolução pelo qual aspetos da vida quotidiana, anteriormente considerados fora do domínio médico, tornam-se objeto de atenção e intervenção médica. Este processo dinâmico envolve mudanças nas representações sociais, nas práticas médicas e nas relações de poder.

Nesse contexto, gradualmente, as pessoas internalizaram regras e valores da sociedade como sendo seus, aceitando a representação do parto no hospital como a norma. A naturalização da ideia de que o parto deve ocorrer num hospital – e não de forma mais personalizada ou comunitária – é resultado de um processo de socialização e de influência ideológica. Este processo é mediado por representações sociais reforçadas pelos meios de comunicação, pela medicina e por outras instituições, que projetam o hospital como o espaço seguro e adequado para o nascimento. Assim, as instituições perpetuam uma visão do parto como um evento médico e tecnicista, consolidando práticas e crenças que afastam as mulheres da experiência mais humanizada e coletiva do parto, e orientando-as para uma abordagem centralizada no controlo e intervenção médica.

2.1 Construções sociais do género e controlo sobre o corpo

A especialização científica e tecnológica em torno do nascimento, promovida pela formação médica e pela indústria da saúde, tende a marginalizar saberes tradicionais e abordagens holísticas, desenvolvendo uma dependência crescente de intervenções obstétricas. A recontextualização do parto como um evento médico também reflete e reforça normas sociais de género que posicionam as mulheres sob a autoridade de profissionais de saúde e instituições médicas, onde a própria maternidade se constitui como uma instituição social controlada por normas patriarcais (Rich, 1995). Com efeito, a maternidade pode ser experienciada como uma forma de alienação, isto porque na sociedade patriarcal a mulher é reduzida a um papel reprodutivo e materno, sendo representada e tratada como um meio para a perpetuação da espécie e subordinada às necessidades da criança (Beauvoir, 2015). Assim, o corpo da mulher é apropriado pelo sistema biológico e cultural, pelo que a mãe se torna responsável pela

gestação, parto e cuidado dos filhos, muitas vezes à custa da sua própria liberdade e individualidade (Beauvoir, 2015).

Posto isto, certamente que explorar as construções sociais do género no contexto da medicalização do parto envolve analisar como as expectativas e normas associadas aos papéis de género influenciam as decisões médicas e a experiência das mulheres durante o nascimento. As diferenças de género são uma ordem de hierarquização, são um sistema de desigualdades, sendo que a diferença não é mais do que o resultado de uma dinâmica social, de como organizamos o mundo social (Bourdieu, 1998).

O surgimento da ideia da distinção entre os sexos teve origem nas diferenças biológicas entre os mesmos, sendo que macho e fêmea apresentavam corpos e funções na reprodução distintos (Héritier, 1998). Devido à tendência humana para pensar o mundo social em função de esquemas de oposições homólogas (Vasconcelos, 2004), a ideia da diferença conduziu a classificar o macho como superior e a fêmea como inferior, começando o processo de construção social do género (Amâncio, 1994).

O desenvolvimento do género ocorre por meio do contacto com os diferentes agentes de socialização, tanto primários quanto secundários, apesar de a criança já nascer com o sexo biologicamente definido. Nesse processo, a criança, de forma gradual e contínua, assimila as normas, representações e expectativas sociais associados ao sexo com que nasceu. Tal interiorização permite que a criança compreenda e reproduza as categorias simbólicas e culturais que estruturam o mundo social, consolidando, assim, a sua identidade e posição enquanto indivíduo dentro da sociedade (Trindade, 2020).

As classificações de género tendem, desta forma, a incorporar-se em sistemas de disposições, sob a forma de categorias de percepção. Assim, as ações do indivíduo são classificáveis em função do género e, por sua vez, as classificações são como uma ferramenta dessas mesmas ações. É certo, contudo, que homens e mulheres não se comportam todos da mesma forma, existe uma margem entre aquilo que é o *habitus* social e as disposições individuais. É nessa margem que se localizam as subjetividades (Bourdieu, 1998).

A forte inculcação das representações sociais de género torna extremamente complexo o processo de desconstrução das categorias de género vigentes, bem como das expectativas atribuídas a cada indivíduo enquanto homem ou mulher. Apesar de algumas diferenças estarem mais suavizadas em contextos contemporâneos, observa-se que a quase totalidade das sociedades, ainda hoje, mantém traços de um padrão patriarcal, caracterizado pela posição de subalternidade da mulher em relação ao homem. Essa estrutura hierárquica reflete-se nas

dinâmicas sociais, culturais e económicas, perpetuando diferenças que se mostram resilientes frente aos avanços em direção à equidade de género (Trindade, 2020).

No contexto do nascimento, essas representações sociais tradicionais associadas aos papéis de género podem moldar a forma como a sociedade encara o parto. Isso inclui conceções sobre a fragilidade feminina, sobre a maternidade como uma expressão máxima da feminilidade⁵ e a visão de que as mulheres devem ser passivas durante o processo de parto (Dixon-Woods et al., 2006). Essas representações também moldam a forma como profissionais de saúde abordam as necessidades de parturientes e como interpretam sintomas e solicitações, bem como moldam as escolhas médicas durante o parto. Por exemplo, a expectativa de que as mulheres se conformem a determinados padrões de comportamento pode condicionar as decisões de profissionais de saúde sobre as intervenções durante o trabalho de parto, seja uma cesariana ou outra prática obstétrica.

Com efeito, as construções sociais de género podem potencialmente afetar a autonomia e o empoderamento das mulheres durante o parto. Podem existir pressões sociais que desencorajam as mulheres de questionar procedimentos médicos (Dixon-Woods et al., 2006) ou expressar as suas preferências, afetando a sua capacidade de tomar decisões informadas (Bourdieu, 1998; Connell, 1987). Também fatores como o medo, a confiança nos profissionais de saúde, a falta de informações relevantes e expectativas culturais podem estar na base da aceitação de certos procedimentos obstétricos e ginecológicos (Dixon-Woods et al., 2006). Por exemplo, estigmas e estereótipos de género podem impactar a experiência das mulheres que divergem das normas esperadas durante o parto. Na generalidade das esferas da vida social, as mulheres que optam por métodos alternativos ou que desafiam as práticas convencionais podem enfrentar estigmatização devido à não conformidade com as expectativas de género e com as práticas médicas convencionais (Butler, 1990).

Estes padrões de comportamento esperados com base nas construções sociais de género podem ser reforçados com a medicalização do parto, por exemplo, a perceção de que a

⁵ Segundo Adrienne Rich (1995), ao longo da história, as sociedades estruturaram a maternidade de forma a limitar as mulheres, atribuindo-lhes um papel primordial de cuidado, subordinação e dependência. A maternidade foi institucionalizada de acordo com os princípios patriarcais, nos quais as mulheres são confinadas a funções submissas. Também Simone de Beauvoir (2015) tem este argumento, afirmando que a maternidade é um mecanismo de controlo social sobre as mulheres, onde a ideia de que a realização feminina está dependente do papel de mãe perpetua a desigualdade de género. Beauvoir (2015) destaca como a sociedade impõe às mulheres a responsabilidade exclusiva pelos filhos, enquanto os homens têm a possibilidade de se manterem distantes desse papel.

medicalização é necessária para garantir uma maternidade segura. Ou seja, quando um conjunto de intervenções médicas no parto são consideradas a única opção para garantir a segurança da mãe e do bebê, isso pode reforçar a ideia de que o corpo feminino é inadequado para o processo de parto sem intervenções externas. Essa percepção pode ser influenciada pelas representações sociais que associam a feminilidade à fragilidade e à necessidade de proteção. Por sua vez, certas práticas médicas também podem ser incentivadas para garantir a conformidade com as normas tradicionais da feminilidade – um efeito bola de neve, onde a medicalização do parto e as construções sociais de gênero se reforçam mutuamente.

Essa medicalização envolve, muitas vezes, questões de poder e controle. As instituições médicas e os profissionais de saúde podem exercer poder sobre determinados aspectos da vida dos agentes, influenciando as decisões e moldando as representações sobre o que é considerado normal ou saudável (Foucault, 1975; 1989). Graça Carapinheiro (1998) afirma que, no contexto hospitalar, a construção dos poderes profissionais tem a sua essência nos saberes profissionais, existindo uma transformação dos saberes em poderes; ainda que o poder também desenvolva conhecimento⁶ (Foucault, 1975). Por outro lado, a medicalização pode reforçar estruturas de poder existentes com base na manutenção de hierarquias de gênero, o que pode incluir tratamentos excessivos, patologização e controle social das mulheres com base em representações de gênero, como a da mulher passiva (Fausto-Sterling, 2020).

Especificamente, a medicalização do parto pode ser vista como uma forma de controle sobre a reprodução feminina. A imposição de práticas médicas específicas reflete normas de controle social relacionadas com a maternidade e com a função reprodutiva das mulheres (Foucault, 1975). Esta medicalização pode impactar a agência das mulheres em relação às suas próprias experiências de parto. Isso inclui a avaliação de como as práticas médicas podem limitar ou capacitar as mulheres na sua capacidade de tomar decisões informadas e ativas durante o parto.

Nesse contexto, a própria evolução histórica da assistência ao nascimento, mais especificamente das práticas de parto, revela uma mudança significativa nas dinâmicas de poder, onde disputas entre diferentes saberes e atores refletem também desigualdades de

⁶ Foucault (1975) refutou o argumento de que conhecimento é poder, propondo uma abordagem mais dinâmica, onde o conhecimento e o poder se relacionam de forma sutil: o conhecimento cria poder, mas também é criado pelo poder.

gênero e transformações sociais mais amplas. A luta pelo campo do parto entre parteiras⁷ e cirurgiões é, na verdade, também uma disputa entre valores femininos e valores masculinos (Garmarnikow, 1978), o que reflete a transformação das relações de poder entre homens e mulheres. Tradicionalmente, num parto considerado normal intervinham as parteiras, sendo que os cirurgiões apenas intervinham em situações específicas de complicações obstétricas (Carneiro, 2008). Entretanto, foram garantidas as condições para o desenvolvimento e afirmação do saber dos cirurgiões com a transferência do contexto de parto em casa para o contexto hospitalar. A obstetrícia, enquanto profissão médica dominada por homens durante grande parte do século XX, estabeleceu-se como a nova autoridade sobre o parto, substituindo o papel das mulheres na gestão da saúde reprodutiva. Isso teve implicações profundas para a autonomia das mulheres, tanto no que diz respeito às suas escolhas durante o parto quanto à valorização dos seus conhecimentos práticos, pelo que, hoje em dia, o modelo predominante de cuidados no parto, caracteriza-se pelo uso recorrente de tecnologia e pela cultura intervencionista (Santos, 2012).

Este inevitável gradual desaparecimento da figura da parteira tradicional deixou um vazio na assistência ao nascimento, surgindo a figura da doula no final do século XX. O surgimento das doulas preencheu um vazio deixado pelo desaparecimento das parteiras, atendendo à demanda por um retorno ao parto natural e humanizado (Santos, 2012). Esse movimento reflete uma mudança nas atitudes e representações sociais em relação ao parto, destacando a importância de um suporte que vá além dos aspectos médicos, centrando-se nas necessidades emocionais e individuais das mulheres (Wagner, 2001). A doula presta informação e apoio emocional à parturiente durante as diferentes fases da gravidez e do parto. Vários estudos revelam que a presença de uma doula potencia um trabalho de parto mais eficiente e prazeroso para a parturiente (Klaus & Kennell, 1997), traduzindo-se numa diminuição da taxa de cesarianas, na diminuição da duração do parto, de um menor recurso à epidural e uso de fórceps (Bohren et al., 2017; Hodnett et al., 2013).

Ao considerar a medicalização do parto como um mecanismo de controlo social e tendo em consideração as construções sociais de género, é possível entender como esse conjunto de práticas não apenas reflete, mas também molda e reforça dinâmicas de poder e normas sociais

⁷ Atualmente, o termo “parteira” é frequentemente substituído por “enfermeira/o obstetra” ou “enfermeira/o especialista em saúde materna”, refletindo a transição para uma prática mais regulamentada e integrada no sistema de saúde moderno. Neste trabalho, o termo parteira será usado para designar, de modo indiferenciado, parteiras e enfermeiras/os obstetras de outros tempos históricos ou da contemporaneidade.

(Goffman, 1961) que, no caso do parto, estão grandemente relacionadas com a representação do papel das mulheres na sociedade. Como tal, também as transformações nas representações de género ao longo do tempo podem influenciar a forma como a sociedade aborda a maternidade e o parto.

2.2 Experiências individuais e movimentos alternativos

A medicalização pode ter um impacto profundo nas identidades individuais, à medida que as pessoas internalizam as mensagens médicas sobre os seus corpos e condições. Isso pode influenciar a autoperceção e a experiência da saúde e da doença (Conrad, 2007). A partir do momento em que certas condições são medicalizadas, as experiências individuais podem ser filtradas através de uma perspectiva médica, influenciando a autoperceção e a procura por cuidados. As experiências individuais de saúde são muitas vezes construídas por meio da interpretação de narrativas sociais e médicas. Os agentes atribuem significados pessoais às suas condições com base nas histórias que ouvem e nas representações culturais da saúde (Charon, 2006; Frank, 2013). Assim, as experiências individuais são profundamente influenciadas pelo contexto cultural e social em que as pessoas vivem.

Com efeito, a forma como uma condição de saúde é percebida pode variar significativamente com base nas normas culturais e sociais predominantes (Hawkins, 1999). As representações sociais moldam as atitudes e crenças em torno das condições de saúde, influenciando como os indivíduos experienciam e interpretam essas condições. Essa interpretação varia de sociedade para sociedade, dependendo dos valores, tradições e contextos históricos específicos. No caso da saúde materna e do parto, enquanto em algumas culturas o nascimento é representado como um evento natural que deve decorrer com o mínimo de intervenções, em grande parte das sociedades, atualmente, o parto é representado como um processo que requer constante monitorização e controlo técnico. Em sociedades onde a medicalização é predominante, a representação social do parto enfatiza o risco e a necessidade de intervenção médica, conduzindo à perceção do nascimento como uma situação potencialmente perigosa, mesmo em casos sem complicações. Essa abordagem não só reflete, mas também reforça a ideia de que a segurança do parto depende de tecnologia e supervisão clínica.

Apesar da influência das narrativas médicas, os indivíduos têm agência na construção das suas próprias narrativas de saúde. A forma como interpretam e respondem às condições de

saúde envolve muitas vezes a negociação entre as narrativas médicas e as suas próprias experiências subjetivas (Hawkins, 1999).

Neste contexto, as redes sociais online emergem como espaços privilegiados para a disseminação e circulação dessas narrativas. O compartilhamento de narrativas de saúde materna e obstétrica em diferentes contextos e/ou plataformas desempenha um papel fundamental na construção de identidades e significados individuais em relação ao nascimento. Ao perceber as experiências de outros agentes sociais, as mulheres podem encontrar validação e apoio emocional, mas também integram novas perspectivas e interpretações sobre a sua própria saúde e os seus desafios. Estas narrativas, quando partilhadas, tornam-se fontes poderosas de informação que moldam representações sociais, oferecendo uma alternativa ou um complemento ao conhecimento médico formal.

Estas partilhas poderão adquirir dinâmicas próprias quando integradas em redes sociais online. Estas redes subvertem as hierarquias tradicionais de comunicação, onde existe uma separação evidente entre produtores e consumidores de conteúdo. Segundo Manuel Castells (2011), as redes sociais digitais constituem-se como espaços de comunicação horizontal, o que significa que oferecem uma plataforma mais democrática, onde a informação surge de forma descentralizada, permitindo que indivíduos e grupos estabeleçam novas formas de interação e partilha que ultrapassam as barreiras tradicionais de tempo e espaço. Este formato característico das redes sociais online favorece a interatividade e o desenvolvimento de comunidades virtuais com interesses específicos, facilitando a troca de experiências e opiniões entre os membros. No entanto, Castells (2011) também argumenta que essas redes, embora horizontais, não estão isentas de controlo social, na medida em que essas plataformas podem replicar ou até reforçar as estruturas de poder e as normas sociais dominantes na sociedade.

Dessa forma, as redes sociais digitais desenvolvem um novo espaço de interação social que, por um lado, oferece oportunidades de partilha social, mas, por outro lado, replica as normas e estruturas de poder que existem fora da esfera digital. As redes, portanto, funcionam tanto como espaços de conformidade com a norma social quanto de suporte para representações e práticas alternativas, ilustrando o duplo papel que a tecnologia digital desempenha na vida social contemporânea. É neste contexto que as redes sociais emergem como plataformas fundamentais para a visibilidade e fortalecimento de movimentos críticos à medicalização excessiva. As redes permitem que vozes críticas questionem práticas estabelecidas e difundam narrativas alternativas, funcionando como espaços de resistência e articulação de discursos que desafiam o domínio médico sobre o corpo feminino.

Ao longo da história, têm existido movimentos de resistência à medicalização considerada excessiva. A resistência à medicalização muitas vezes surge de críticas à ampliação constante do campo da medicina para abranger aspectos da vida quotidiana que anteriormente não eram considerados problemas médicos, como é o caso do parto. Essas críticas questionam a medicalização excessiva e os seus impactos na sociedade (Illich, 1975).

Nesse sentido, as redes sociais digitais representam uma ferramenta contemporânea que amplifica essas resistências históricas, ao possibilitar o desenvolvimento de comunidades de apoio e partilha. Existem diversos movimentos e abordagens de saúde que procuram oferecer alternativas à abordagem obstétrica mais comum. Movimentos estes que promovem abordagens mais centradas na mulher, e que podem ser vistos como desafiadores das representações tradicionais de género e do controlo exercido por meio da medicalização. O que pode incluir práticas baseadas em abordagens holísticas, medicina integrativa, tratamentos naturais e orientações culturais específicas. Estes movimentos muitas vezes enfatizam a importância da autonomia da mulher e questionam o poder excessivo da profissão médica.

A bioética também desempenha um papel importante na resistência à medicalização, destacando preocupações éticas relacionadas com a medicalização excessiva, com a importância da tomada de decisões informadas e com o respeito pelos valores e autonomia dos pacientes (Conrad, 2007). Pode surgir como uma resposta aos dilemas morais e éticos que acompanham o progresso da medicina e das ciências da saúde. Com o aumento da intervenção médica em diversas áreas da vida, desde o nascimento até à morte, a bioética levanta questões sobre os limites da intervenção médica e sobre até que ponto o corpo e a vida devem ser regulados pela medicina.

Por outro lado, a resistência à medicalização manifesta-se frequentemente por meio da promoção do diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, que deixam de ser considerados apenas como sujeitos passivos no sistema de saúde e passam a ocupar uma posição central. Quando os pacientes partilham as suas experiências, podem contribuir para uma desconstrução de práticas médicas que desconsideram a sua individualidade ou que perpetuam formas de tratamento excessivamente padronizadas e desumanizadas. Essas partilhas possibilitam o desenvolvimento de narrativas que desafiam as políticas e práticas instituídas, promovendo um modelo de saúde mais centrado na pessoa e menos focado na patologização de condições humanas. Assim, este processo de resistência não se limita à esfera individual, mas estende-se a um diálogo interdisciplinar que reúne pacientes, profissionais de saúde, sociólogos, antropólogos e outros especialistas. A colaboração entre estas áreas do saber e os órgãos do governo pode conduzir a uma análise crítica das práticas médicas e ao desenvolvimento de

propostas no âmbito de abordagens mais humanizadas e contextualizadas às necessidades dos indivíduos e das comunidades.

Neste sentido, em muitos países europeus, foram realizadas tentativas para contrariar a tendência da medicalização excessiva, promovendo práticas e reorganizando os percursos da gravidez e do parto para os desmedicalizar (Spina, 2023). A Holanda, por exemplo, implementou no seu sistema de saúde os partos de baixo risco no domicílio assistidos por parteiras (Vries et al., 2009). Já no caso de Espanha, o Ministério da Saúde Espanhol publicou em 2007 a *Estrategia de Atención al Parto Normal*, que promove práticas baseadas em evidências científicas, incentivando a redução de intervenções médicas desnecessárias durante o parto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Em Portugal, a Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, insere-se num quadro mais amplo de promoção dos direitos da parentalidade, ao mesmo tempo que encoraja práticas sociais e médicas que respeitem a dignidade, a saúde e a autonomia das famílias. No contexto da gravidez e do parto, visa assegurar condições que respeitem tanto as necessidades de saúde e segurança da mulher grávida quanto o bem-estar do recém-nascido e da família. Embora esta Lei não aborde diretamente o parto humanizado, os princípios subjacentes à proteção da parentalidade incentivam práticas médicas que respeitem as escolhas informadas da mulher, promovendo uma abordagem mais centrada na pessoa. Outro exemplo é a publicação do livro *Pelo Direito ao Parto Normal - uma Visão Partilhada*, pela Ordem dos Enfermeiros, que critica o excesso de medicalização e instrumentalização nas maternidades públicas e privadas (Pinheiro et al., 2012). Portanto, evidencia-se uma conscientização crescente sobre a medicalização excessiva no parto, com alguns reflexos importantes a nível das políticas públicas e das organizações de saúde.

2.3 Práticas profissionais no parto e a medicalização

A história da assistência ao parto, em Portugal, é atravessada por vazios e inconsistências, mas é relativamente transversal a ideia de que o parto, em outras épocas, era frequentemente um evento comunitário, ocorrendo realizado em ambiente familiar. As parteiras desempenhavam um papel vital nesse processo, utilizando conhecimentos tradicionais e práticas transmitidas oralmente (Collière, 2000), os quais eram sustentados e reforçados por representações sociais que reconheciam a sua competência e autoridade. Eram muitas vezes mulheres experientes que desempenhavam funções essenciais na assistência ao parto e nos cuidados pós-natais,

sendo que eram validadas pelos seus saberes práticos, que as classificavam enquanto figuras centrais e autoridades morais (Carneiro, 2008; Collière, 2000).

Ao longo da história, as parteiras desempenharam muitas vezes papéis que iam além da assistência ao parto, que incluíam funções comunitárias e sociais importantes, como a transmissão de conhecimentos culturais, ou seja, a transmissão de um conjunto de saberes, tradições e práticas específicas. As parteiras transmitiam conhecimentos de geração em geração por meio da oralidade, de parteira para parteira, mas também de parteira para a mãe, ensinando os cuidados com o recém-nascido através da experiência direta (Collière, 2000). Assim, esses conhecimentos e práticas tornavam-se parte de uma cultura específica, sendo perpetuados dentro de um sistema social, formando uma parte essencial do *habitus* (Bourdieu, 2011) da comunidade.

Historicamente, o parto era considerado uma experiência intrinsecamente feminina, e as práticas associadas a esse momento estavam profundamente enraizadas nas esferas doméstica e comunitária, áreas tradicionalmente representadas, a nível social, como femininas. Existia uma dicotomia entre as esferas pública e privada, onde as mulheres eram responsáveis por tarefas consideradas naturais, como a reprodução e o cuidado da família, enquanto os homens dominavam a esfera pública e as atividades associadas ao mundo cultural, como o trabalho formal e a política (Ortner, 1974). Esse modelo de divisão de género refletia as representações de uma sociedade patriarcal, sustentadas pela visão de que as mulheres eram naturalmente mais aptas para o cuidado da saúde reprodutiva. Nesse contexto, as parteiras surgiam como as principais guardiãs desse saber, validadas socialmente para exercer funções relacionadas com o parto e os cuidados pós-natais, sendo a sua autoridade construída e reforçada por representações sociais que valorizavam o seu papel como especialistas na saúde materna e reprodutiva.

Essa divisão do trabalho não era apenas uma questão prática, mas também cultural e ideológica, com profundas implicações para a distribuição de poder na sociedade. As parteiras, ao deterem o conhecimento sobre o nascimento, tinham um poder que, embora reconhecido informalmente, era frequentemente desvalorizado pelas estruturas patriarcais. Antes da medicalização e institucionalização do parto, a autonomia feminina sobre o corpo e o processo reprodutivo era maior, visto que as mulheres, através da figura da parteira, mantinham o controlo sobre o parto e os cuidados pós-natais, sem a intervenção externa de figuras de autoridade masculinas (Ehrenreich & English, 2010; Oakley, 1984).

Ainda assim, as parteiras poderiam operar de maneiras distintas, com base nas suas origens culturais, visto que a sociedade é composta por grupos culturais diversos, cada um com as suas

próprias tradições, valores, representações sociais e modos de pensar e agir. As parteiras utilizavam práticas que estavam profundamente enraizadas em tradições locais, pelo que variavam significativamente de uma região para outra. Por outro lado, fatores socioeconómicos, geográficos e culturais também podiam impactar na capacidade das parteiras de atender às necessidades das comunidades em que trabalhavam. A compreensão desses fatores contextualiza a evolução da profissão em resposta às transformações sociais mais amplas (Frank, 2013). Mudanças sociais, como é exemplo o aumento da urbanização, a evolução dos papéis de género e a globalização, também influenciaram a prática das parteiras em Portugal e no mundo. Portanto, devido à heterogeneidade e diversidade cultural das práticas das parteiras, estas não podem ser generalizadas ou simplificadas.

Em contraponto, as práticas dos obstetras são mais padronizadas, devido à natureza médica da profissão e à regulamentação mais rígida, o que limita a variabilidade e a personalização nas práticas e intervenções obstétricas. A transição para o controlo masculino do parto foi facilitada por processos de medicalização e pela ascensão de uma biomedicina que se afirmava como a única forma legítima de conhecimento (Ehrenreich & English, 2010). A legitimação dos saberes médicos e a desvalorização dos conhecimentos tradicionais refletem a hierarquização do conhecimento nas sociedades modernas.

As parteiras detinham um tipo de capital simbólico (Bourdieu, 1986) que lhes conferia legitimidade e reconhecimento dentro das suas esferas sociais, mas este capital era limitado à esfera feminina. Progressivamente, esse saber tradicional foi desvalorizado e substituído pelo capital científico (Bourdieu, 1986) detido pelos médicos, cujas práticas e conhecimentos passaram a ser institucionalizados com o advento da medicina moderna. Agora, o conhecimento científico detém maior capital simbólico (Bourdieu, 1986), o que significa que é considerado mais legítimo e superior em relação ao conhecimento prático ou empírico. Nesse processo, as parteiras perderam o seu status de autoridade e foram progressivamente excluídas das esferas formais de cuidados de saúde. O conhecimento médico, controlado pelos homens, tornou-se uma ferramenta de poder que regulava e disciplinava os corpos das mulheres (Foucault, 1975). Em suma, o corpo feminino foi progressivamente transferido do domínio da parteira, fundamentado em saberes tradicionais e empíricos, para o domínio médico, que impôs um regime de conhecimento científico e tecnocrático. Este processo marginalizou o saber feminino e comunitário, substituindo-o por práticas institucionalizadas e hierarquizadas que centralizam o poder nas mãos dos profissionais médicos. As representações sociais que começaram a associar o parto seguro ao ambiente hospitalar e ao controlo médico contribuíram

para esta mudança, legitimando a exclusão gradual das parteiras e dos seus conhecimentos práticos.

Assim, a divisão de gênero no trabalho no campo da saúde reprodutiva refletia não apenas a separação entre o trabalho feminino e masculino (Lorber & Moore, 2002), mas também uma divisão epistemológica entre o saber informal, associado às parteiras, e o saber formal, representado pelos médicos. As representações sociais reforçavam essa distinção, validando o conhecimento científico masculino como superior e desacreditando o saber tradicional das parteiras. Este processo de exclusão das parteiras e da sabedoria ancestral reflete uma estratégia de controlo e dominação das mulheres numa sociedade patriarcal, onde o conhecimento feminino era considerado secundário e subordinado. A marginalização do saber das parteiras simbolizava, assim, não apenas uma mudança no domínio da saúde reprodutiva, mas também uma forma de disciplinar e controlar o corpo feminino dentro das normas e valores de um sistema patriarcal.

Desta forma, atualmente, a assistência ao nascimento não requer declaradamente a vivência da experiência, mesmo que lhe seja reconhecida importância. Em vez disso, é cada vez mais fundamentada no conhecimento teórico puro, mais do que na sua aplicação prática (Carneiro, 2008; Collière, 2000). Esta transição reflete o processo de tecnocratização (Davis-Floyd, 2001) e medicalização (Conrad, 2007; Illich, 1975; Zola, 1975) do parto, em que o conhecimento científico e tecnocrático se sobrepôs à experiência prática e empírica das parteiras tradicionais, que antes foram as principais responsáveis por assistir as mulheres durante o nascimento.

Esta institucionalização do parto e o desenvolvimento da área médica de obstetrícia tornou necessária a burocracia que, sendo uma nova forma de controlo, possui um efeito desumanizador (Weber, 1985). A burocracia, sendo uma forma de organização racional e eficiente, é essencial para o funcionamento das grandes instituições modernas. As instituições burocráticas operam com base em regras formais e procedimentos rigorosos e padronizados, que garantem eficiência, previsibilidade e controlo (Weber, 2022). Contudo, esta normatividade burocrática também desenvolve uma relação impessoal entre, neste contexto, os profissionais de saúde e as gestantes ou parturientes. E, assim, mesmo depois de concluído o processo de autonomização formal da prática de enfermagem-obstétrica, os saberes, a formação e a prática das parteiras permanecem, atualmente, sob a jurisdição tácita médica. A institucionalização da formação e da prática das parteiras, forçou à renúncia de saberes e práticas tradicionais anteriores, perdendo o potencial de um saber esotérico próprio (Benoit,

1989; Carneiro, 2008), e mantendo-se a atividade da parteira subjugada ao saber teórico médico (Santos, 2012).

Desta forma, nos tempos modernos, as parteiras enfrentam desafios como a crescente medicalização, e conseqüente crescente intervenção dos profissionais de saúde, a pressão por protocolos padronizados e a necessidade de se adaptar a um ambiente de saúde em constante evolução (Illich, 1975). A história da prática das parteiras em Portugal reflete em parte esses desafios contemporâneos e a necessidade de equilibrar tradições culturais com as demandas da medicina moderna (Oliveira & Félix, 2023; Sim-Sim et al., 2022).

Ainda assim, existe hoje um reconhecimento crescente da importância das práticas tradicionais e culturais na sociedade (Bauman, 2000). Essa valorização da diversidade cultural é especialmente relevante em contextos onde a modernização e a globalização causam desorientação e alienação (Bauman, 2000), como é o caso da assistência ao parto, onde a mulher pode sentir-se alienada do seu próprio processo de parto, pelo que a importância das práticas tradicionais está a ser incorporada nas discussões sobre as políticas de saúde materna (Moleiro et al., 2009), reconhecendo a riqueza dessas práticas e o seu significado para as mulheres (Oakley, 1980).

Desta forma, a regulamentação da prática das parteiras em Portugal nas últimas décadas tem sido um processo marcado por esforços de profissionalização, reconhecimento e integração no sistema de saúde. A procura por padrões de segurança e a integração das parteiras no sistema de saúde formal são aspetos importantes desse processo, o que pode incluir a definição de padrões de formação, certificação e colaboração com outros profissionais de saúde. Este reconhecimento insere-se num movimento mais amplo de crítica ao modelo biomédico dominante e de promoção de alternativas de saúde reprodutiva mais humanizadas e centradas nas necessidades das mulheres. Este movimento envolve a revalorização de práticas de parto menos medicalizadas e mais orientadas para a autonomia das gestantes, destacando-se o papel crescente das parteiras no contexto da saúde contemporânea. Ainda assim, as parteiras ainda enfrentam desafios relacionados com o reconhecimento e apoio ao parto em casa, tanto por parte do sistema de saúde, como da sociedade, como dos pares, das próprias parteiras (Sjöblom et al. 2015).

No fundo, com o processo de medicalização do parto, quando a obstetrícia moderna se consolidou como uma especialidade médica e o parto foi progressivamente transferido para o ambiente hospitalar, o estatuto das parteiras começou a transformar-se. No entanto, a importância da experiência ainda é reconhecida, sendo que movimentos contemporâneos

procuram equilibrar o conhecimento técnico com a prática e a experiência, valorizando a autonomia e a individualidade das mulheres no processo do nascimento.

Contudo, a modernização reflexiva (Beck et al., 2000) coloca em causa a autoridade que advém da pericialidade médica (Saks, 1994), ainda que tal não signifique uma crise no modelo dominante atual (Giddens, 2010). Caminhou-se até uma fase em que todos os atores no nascimento querem partilhar e discutir conhecimento sobre o parto, deixando o obstetra de ser detentor da verdade absoluta (Cheyney, 2008; Zadoroznyj, 2001). Este processo permite uma pluralidade de saberes e uma maior autonomia dos pacientes, que podem contestar os modelos dominantes e procurar soluções que vão além do convencional saber médico. Isso reflete uma mudança mais ampla nas sociedades contemporâneas, onde as estruturas de poder e autoridade estão sujeitas a uma crítica constante e reavaliação.

Em suma, a medicalização (Conrad, 2007; Illich, 1975; Zola, 1975) representa um fenómeno dinâmico moldado pelas transformações nas representações sociais. À medida que a sociedade moderna valoriza cada vez mais a saúde e o bem-estar, as fronteiras entre o “normal” e o “patológico” deslocam-se. Por outro lado, nas sociedades contemporâneas, o conhecimento médico não é apenas uma forma de compreender o corpo e a doença, mas também uma ferramenta de controlo social (Foucault, 1975, 1989). O saber médico, ao definir normas e práticas associadas à saúde, assume uma função reguladora, orientando comportamentos individuais e coletivos e contribuindo para a manutenção de certas representações sociais.

Dessa forma, a transformação das relações de poder entre os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto, caracterizada pela medicalização e tecnocratização do nascimento, pode resultar em práticas que comprometem a autonomia da mulher e podem até constituir formas de abuso e tratamento desrespeitoso. Nesse contexto, essas práticas abusivas refletem as desigualdades de poder e as dinâmicas autoritárias que ainda permeiam a assistência ao parto.

A medicalização não apenas influencia a perceção sobre o que é patológico, mas também define e reforça noções de risco, especialmente no contexto do nascimento. O discurso médico e a ideia de controlo social justificam intervenções através de uma lógica de minimização de riscos, típica da sociedade moderna. Tal como a medicina moderna impõe uma redefinição das fronteiras entre o normal e o patológico, a perceção de risco no nascimento intensifica a dependência de práticas e tecnologias médicas, transformando o nascimento numa experiência regulada e socialmente controlada. Assim, a medicalização e a sociedade de risco (Beck, 2010)

convergem, consolidando a ideia de que a segurança no nascimento depende da supervisão institucional e da adesão a normas médicas.

Capítulo 3 – Risco

Na modernidade, a maternidade continua a ser um espaço de tensão entre autonomia e responsabilidade, onde as mulheres são representadas como as principais gestoras dos riscos associados ao cuidado dos filhos (Beauvoir, 2015). O risco é omnipresente nas sociedades contemporâneas, sendo regularmente invocado como fator de preocupação e justificador de ações sociais (Delicado & Gonçalves, 2007). A modernidade reflexiva (Beck et al., 2000), alerta-nos para os riscos inerentes à sociedade contemporânea. Esses riscos não podem ser contidos espacial ou temporalmente, e os danos causados por eles são difíceis de calcular e compensar. Além disso, a exposição aos riscos tornou-se generalizada, afetando a vida quotidiana e moldando as decisões e ações dos agentes. A mudança de uma sociedade industrial para uma sociedade mais globalizada e orientada pela tecnologia é descrita pelo sociólogo Ulrich Beck (2010, 2015) através do termo sociedade de risco.

3.1 A percepção do risco

A construção da percepção de riscos na sociedade moderna está relacionada com o papel crucial desempenhado pela comunicação social. Nas sociedades contemporâneas, os riscos não são apenas percepções individuais, mas são socialmente construídos e amplificados pelos *media*, pelas instituições políticas e por atores económicos, sendo que o risco é uma construção social que se desenvolve dentro dos sistemas de comunicação (Luhmann, 2002) e é influenciado pelas representações sociais que circulam nesses espaços. As sociedades contemporâneas também são caracterizadas pela individualização, um processo em que as instituições modernas moldam os indivíduos enquanto sujeitos livres, autónomos e responsáveis pelas suas trajetórias de vida (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Este fenómeno reflete uma transformação estrutural em que os laços tradicionais, como a família, a religião ou as comunidades locais, perdem a centralidade na organização social, cedendo lugar a uma maior ênfase nas escolhas individuais como pilares da identidade e da realização pessoal. Consequentemente, os agentes sociais começam a desempenhar um papel mais proeminente na tomada de decisões sobre as suas trajetórias de vida, assumindo não apenas o poder de decidir, mas também a responsabilidade pelos resultados dessas decisões. Nesse contexto, surge uma nova forma de gestão da vida, marcada pela necessidade de planeamento e reflexão constante, na tentativa de mitigar os riscos inerentes à existência contemporânea (Beck, 2010, 2015).

Com efeito, segundo Beck (2015), esta individualização está relacionada com o desenvolvimento de uma sociedade de risco, onde os perigos, que antes eram representados e tratados como fatalidades naturais, começam a ser considerados passíveis de gestão e controlo. Pelo que a responsabilidade pela gestão desses riscos é deslocada dos sistemas coletivos, como o Estado, para os indivíduos, o que desenvolve uma cultura de autoajuda e gestão de riscos individuais, na qual cada agente é incentivado a adotar estratégias pessoais para lidar com as incertezas da vida (Beck, 2010). Nesse sentido, a individualização redefine a relação entre indivíduos e estruturas sociais (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Enquanto proporciona maior autonomia e liberdade, também intensifica a pressão sobre os indivíduos para gerirem riscos e assumirem responsabilidades que, anteriormente, eram partilhadas coletivamente ou reguladas por normas sociais tradicionais.

No que se refere à maternidade, o trabalho reprodutivo, essencial para a sustentação da vida e da força de trabalho, foi historicamente invisibilizado e tratado como responsabilidade privada, recaindo desproporcionalmente sobre as mulheres (Fraser, 2013). No contexto da individualização (Beck & Beck-Gernsheim, 2002), essa desigualdade é reforçada pela transferência de responsabilidades para os agentes. Nas sociedades contemporâneas essa lógica impõe às mulheres a tarefa de conciliar o trabalho produtivo⁸ com o trabalho reprodutivo⁹, perpetuando desigualdades de género e reforçando vulnerabilidades sociais (Fraser, 2013). Essa dinâmica paradoxal de liberdade e vulnerabilidade molda a experiência moderna de forma complexa (Beck, 2010).

Por outro lado, a disseminação instantânea de informação, possível no contexto moderno, sobre eventos de risco também contribui para uma sensação de vulnerabilidade. A constante mudança que caracteriza a modernidade (Giddens, 1990) gera ansiedade e uma maior conscientização sobre os riscos associados a novas tecnologias, mudanças económicas e sociais, conduzindo a uma valorização crescente da prevenção e gestão de riscos (Beck, 2010). A revolução científica e tecnológica, ainda que tenha oferecido progresso à sociedade, ofereceu também novos problemas e riscos globais (Beck, 2015).

⁸ O trabalho produtivo é aquele que ocorre no mercado e gera valor económico direto, sendo tradicionalmente associado ao emprego remunerado – amplamente reconhecido e valorizado, dominado por homens (Fraser, 2013).

⁹ O trabalho reprodutivo refere-se às atividades que sustentam a vida e a força de trabalho, como a maternidade, o cuidado a idosos, manutenção da casa e educação básica – frequentemente realizado por mulheres de forma não remunerada e/ou subvalorizada (Fraser, 2013).

A percepção do risco (Beck, 2010) e a reflexividade (Giddens, 1997) têm profundas implicações na forma como consideramos o que antes era tido como seguro. Na saúde, essa mudança deve-se à interseção entre o conhecimento biomédico e as construções sociais, moldadas pelas representações sociais que influenciam coletivamente as noções de segurança e risco. O risco na saúde materna é um risco que interfere com a vida humana, um dos maiores valores da modernidade, principalmente no contexto que se tem vindo a manter de baixos níveis de fecundidade (Pintassilgo, 2014). Historicamente, as políticas de saúde focavam-se na maternidade e nos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal. A visão predominante era da mulher como mãe, com ênfase na saúde materna durante a gestação e no parto.

No entanto, essa perspectiva evoluiu para incluir uma compreensão mais ampla dos riscos associados à procriação. Isso envolve não apenas a saúde física da mulher, mas também questões sociais, emocionais e políticas relacionadas com a maternidade. As políticas de saúde direcionaram-se para o feminino, entre outras razões, pelo risco associado à idade fértil (no que diz respeito às condições de saúde e de doença e à vigilância dessas condições) e pelo que isso significa para a renovação das gerações (Pintassilgo, 2014). Assim, a gestão desse risco ganhou uma nova dinâmica, sendo que, agora, consideram-se cuidados específicos para mulheres em idade reprodutiva, abordando questões como contraceção, planeamento familiar e prevenção de doenças (Foucault, 1978), um controlo por parte dos governos que regulam as populações através de políticas que procuram minimizar o risco, proteger a saúde pública e garantir a segurança – uma biopolítica (Foucault, 2004).

Essa nova gestão do risco reconhece que as decisões relacionadas com a maternidade não são apenas individuais, mas são também influenciadas por fatores sociais, económicos, culturais e políticos. As decisões que envolvem a gravidez e o parto são moldadas por normas sociais, estruturas de poder (Foucault, 2004), e representações sociais que configuram as ideias de segurança e de risco, afetando como as mulheres percebem o risco (Lupton, 1994; Petersen & Lupton, 2000) e tomam decisões sobre o seu próprio corpo.

Com efeito, as dimensões institucional e política estão cada vez mais presentes no nascimento, ainda que a dimensão pessoal e familiar não se perca. Um exemplo de que se reconheceu politicamente e institucionalmente a componente médica da gestão do risco é o desenvolvimento da obstetrícia (Vallin, 2002). A obstetrícia passou a ser a única forma legítima de conhecimento e prática do parto, reforçando a importância do médico obstetra e do hospital no processo do parto (Davis-Floyd & Davis, 1996). Mesmo em gravidezes saudáveis, a intervenção médica na gestação e no parto passou a ser concebida como algo

natural (Sadler et al., 2016), o que reflete uma gestão não apenas do processo, mas do risco que a ele se associa.

Nas sociedades contemporâneas, a percepção dos riscos inerentes à gestação e ao parto legitima aquilo que é a intervenção médica na gravidez e a institucionalização do parto (Viisainen, 2000), no fundo, legitimando aquilo que é central na medicalização do nascimento (Conrad, 2007; Illich, 1975; Zola, 1975). Essa percepção dos riscos, sustentada por representações sociais que associam o parto seguro à tecnologia e à supervisão médica, confere à medicina uma posição de autoridade relevante. Este processo é intensificado pelo capital simbólico (Bourdieu, 1986) que a medicina detém, que legitima e consolida o seu poder de definir o que é considerado normal e seguro nos contextos de saúde e nascimento. Sob essa ótica, o risco emerge como o elemento central na construção de discursos e práticas em torno do parto, justificando a institucionalização como a única escolha moralmente válida. Assim, as decisões das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto não apenas refletem preferências individuais, mas são moldadas por uma estrutura de poder simbólico (Bourdieu, 1989), que apresenta o parto institucionalizado como a única opção moralmente válida, sendo que associa diretamente a moralidade ao controlo dos riscos. Dessa forma, os intervenientes, ao exigirem que o parto seja legitimado como um problema médico, contribuíram e continuam a contribuir para a institucionalização do parto.

3.2 Noção social do risco

A complexidade do risco na saúde e da sua percepção transcende aquilo que são os aspetos biomédicos. É evidente que esses aspetos estão presentes, mas o risco está também intrinsecamente ligado às dinâmicas sociais, às estruturas de poder e às construções culturais. A saúde pública começou a focar-se cada vez mais na prevenção e começou a considerar os aspetos sociais dos problemas de saúde (Petersen & Lupton, 2000). Mesmo dessa forma, o risco ainda é concebido com argumentos destituídos de âmbitos sociais, culturais e políticos, existindo ainda uma insuficiente reflexão crítica das realidades e das consequências dos riscos (Beck, 2010).

Na modernidade, a noção social de risco assume uma conotação negativa, intrinsecamente ligada à ideia de perigo, e ganha uma centralidade renovada (Pintassilgo, 2014). Esta percepção negativa do risco é fortemente influenciada pelas representações sociais, que moldam coletivamente a forma como o risco é interpretado e experienciado. Estas representações

transformam o risco em algo a ser evitado e controlado, reforçando a necessidade de medidas preventivas e de gestão de segurança em diversas esferas, especialmente na saúde. Assim, o risco deixa de se constituir apenas como uma possibilidade abstrata e passa a constituir-se como um elemento concreto que afeta decisões, comportamentos e políticas públicas, sustentado por normas culturais e sociais que alimentam a sua conotação de perigo.

Por outro lado, os riscos na modernidade têm um carácter global (Beck, 2015), o que tem impacto na sua perceção e gestão. Dessa forma, a complexidade característica das sociedades modernas pode desenvolver um sentimento de vulnerabilidade generalizada (Giddens, 1990). As representações sociais, ao moldarem as perceções de ameaça e segurança, reforçam esse sentido de vulnerabilidade comum e orientam as respostas coletivas.

As incertezas da biomedicina são interpretadas como riscos, valorizando-se a informação para a “resolução concreta e padronizada dos problemas” (Raposo, 2009, p. 762). Esse conhecimento confere um muito significativo poder social à profissão médica, legitimado cientificamente e politicamente (Petersen & Lupton, 2000). É reconhecido o valor e o poder da intervenção e do saber da medicina em detrimento da intervenção leiga e não especializada (Pintassilgo, 2014).

Contudo, ainda que a medicina seja eficaz na resolução de vários problemas, também desenvolve novas áreas de incerteza, para além de ocultar outras, sobretudo à medida que o conhecimento avança para áreas e técnicas cada vez mais especializadas, devido à complexidade crescente do conhecimento (Foucault, 1989; Luhmann, 2002; Raposo, 2009).

No que diz respeito ao contexto do nascimento, existe uma diversidade de riscos associados, sendo que, sobretudo na fase do parto, observa-se um cálculo meticuloso do risco, o que pode conduzir à formação de confiança singular nos profissionais de saúde (Zadoroznyj, 2001). Quando se fala em risco no nascimento, a abordagem dominante tende a focar-se na dimensão biomédica, onde o risco médico é considerado central para a compreensão das complicações associadas ao parto. No entanto, essa visão não captura a complexidade dos fatores sociais que envolvem a experiência do nascimento. Para além do risco médico, é necessário considerar o risco social, que inclui variáveis socioeconómicas, culturais e estruturais, as quais afetam de forma decisiva as condições de gravidez e parto.

As desigualdades socioeconómicas são um fator de risco social que afetam o parto, a gravidez e o pós-parto. Como Bourdieu (2011) argumenta, as desigualdades materiais e simbólicas moldam profundamente o acesso aos bens e serviços essenciais. Mulheres de classes sociais mais baixas podem enfrentar obstáculos significativos no acesso a cuidados de saúde adequados, o que aumenta os riscos de complicações durante a gravidez e o parto. Por

outro lado, em zonas rurais, o acesso a cuidados médicos especializados ou a hospitais com infraestruturas adequadas pode ser limitado, colocando as mulheres nessas áreas em maior risco durante o nascimento. Esta realidade alinha-se com o que Marmot (2005) descreve como determinantes sociais da saúde, onde fatores como o local de residência, o emprego e o nível de educação são decisivos na forma como o risco em saúde é distribuído socialmente. Além disso, as representações sociais associadas a esses determinantes influenciam a percepção que as pessoas têm sobre saúde e sobre risco, moldando comportamentos e expectativas em relação aos cuidados de saúde. Por exemplo, indivíduos de contextos com menor acesso a recursos podem internalizar representações sociais que naturalizam ou minimizam certos riscos, enquanto aqueles em contextos mais favorecidos tendem a adotar práticas preventivas que refletem maior acesso à informação e cuidados.

Outro aspeto importante do risco social é a estigmatização enfrentada por certos grupos de mulheres. A estigmatização pode desumanizar e marginalizar certos grupos sociais, resultando em tratamentos diferenciados e menos cuidados recebidos (Goffman, 1981). Mulheres que desafiam a normatividade cultural sobre como o parto deve ocorrer no contexto social onde se inserem podem, dessa forma, ser estigmatizadas e receber uma assistência diferenciada.

É também necessário considerar o risco iatrogénico, que se refere a qualquer condição adversa que seja provocada pela própria prática médica. Neste contexto, o risco iatrogénico não é uma consequência acidental, mas antes uma consequência inevitável de um sistema que se foca no controlo e intervenção. Desta forma, é possível distinguir a iatrogenia clínica, que inclui erros ou complicações médicas diretas; a iatrogenia social, que se refere ao controlo institucional sobre a vida e a morte; e a iatrogenia cultural, que descreve a dependência crescente das pessoas face à medicina para gerir os processos naturais da vida, como o nascimento e a morte (Illich, 1975). No parto, estes três tipos de iatrogenia estão interligados, na medida em que a institucionalização do nascimento contribui para uma excessiva medicalização que pode, por sua vez, resultar em mais riscos.

Um exemplo claro de iatrogenia é a cesariana, uma cirurgia cada vez mais comum em muitos países, inclusive em Portugal. Embora a cesariana seja, em muitos casos, uma intervenção necessária, o seu uso excessivo tem sido criticado por contribuir para o risco iatrogénico. Diversos estudos indicam que a cesariana aumenta o risco de complicações pós-operatórias, como infeções, hemorragias e dificuldades na recuperação física da mulher, bem como possíveis impactos na saúde do recém-nascido, como dificuldades respiratórias (Betrán et al., 2016; Sakala, 1993).

Em suma, o risco é tanto um facto objetivo quanto uma representação mediada pelo discurso social. A gestão do risco na saúde materna envolve uma interseção complexa entre o pessoal, o familiar, o institucional e o político, que molda as representações e práticas relacionadas com o parto e a saúde reprodutiva. Na gestão dos riscos, os governos e as instituições exercem poder sobre os indivíduos, muitas vezes impondo novas normas e comportamentos em nome da segurança coletiva. Com efeito, o que é considerado “risco” no contexto do parto não se constitui apenas como uma realidade objetiva, mas também como um conceito moldado por representações sociais, médicas e culturais, que influencia decisões individuais e institucionais. É importante notar que o risco médico e o risco social estão frequentemente interligados, visto que a saúde é determinada por um conjunto de fatores sociais e não apenas biomédicos. A incapacidade de aceder a cuidados de saúde regulares e de qualidade exacerba os riscos médicos, o que cria um ciclo de vulnerabilidade social e biomédica.

Assim, a perceção de risco no nascimento influencia de forma decisiva a escolha pelo local de parto, moldando as decisões individuais e familiares em torno de onde e como parir. Ao mesmo tempo que o discurso médico e social promove o ambiente hospitalar como um espaço seguro e controlado, existe também um movimento crescente que questiona essa visão, propondo alternativas, como o parto em casa, que respondam a expectativas de autonomia e respeito ao protagonismo da mulher. A escolha do local de parto reflete, portanto, um dilema entre as normas institucionalizadas de segurança e o desejo individual por uma experiência mais humanizada e menos intervencionista. Essa escolha está intrinsecamente relacionada com as representações de risco e segurança no parto, onde as noções de cuidado e proteção são simultaneamente definidas pela medicalização e por expectativas culturais, sociais e pessoais.

Capítulo 4 – Escolha pelo local de parto

A modernização reflexiva (Beck et al., 2000) coloca todos os modelos sociais dominantes em causa, ao reconhecer que os próprios avanços da modernidade desenvolvem novos riscos e incertezas. Este processo torna necessária uma reavaliação crítica das bases do conhecimento e das estruturas e instituições que o sustentam. No campo da saúde e do parto, essa abordagem reflete-se na necessidade de questionar as representações sociais que associam o hospital à segurança e à competência técnica. A modernização reflexiva, ao fomentar uma visão mais crítica, desafia as normas e as representações antes tidas como absolutas, reconhecendo legitimidade de saberes menos institucionalizados.

Contudo, nas sociedades contemporâneas, o controlo do conhecimento adquirido e partilhado assume-se como um reflexo das relações de poder vigentes (Foucault, 1975). Este controlo manifesta-se de diversas formas, seja, por exemplo, através das instituições educativas ou dos meios de comunicação, que detêm a capacidade de selecionar e hierarquizar o que é considerado conhecimento válido. Ao definir o que é valorizado e aceite enquanto saber, essas instituições moldam as representações sociais sobre o que constitui conhecimento legítimo, enquanto excluem, deliberadamente ou não, formas de conhecimento alternativo, tradicional ou marginalizado, que muitas vezes desafiam as narrativas hegemónicas. Essas representações sociais, ao serem reiteradas e disseminadas, consolidam o poder das instituições e reforçam a exclusão de saberes que não se alinham com o paradigma dominante. Assim, o poder, atualmente, tem uma natureza omnipresente, sendo por isso mais difíceis as formas de resistência. Contudo, Foucault (1975) argumenta que, existindo poder, pode também existir resistência¹⁰, através do próprio discurso.

Existe uma perceção social crescente no campo da saúde de que uma opção natural é benéfica e acarreta menos riscos (Santos, 2012). Este fenómeno reflete desconfiança em relação à medicalização excessiva, sobretudo no que diz respeito a processos biológicos como o nascimento. Neste sentido, na gravidez e no parto, mas também nas áreas da saúde em geral, têm surgido diferentes modelos explicativos da saúde, de natureza complementar ou alternativa, que se procuram afirmar (Saks, 1994).

Verifica-se um regresso ao natural e ao tradicional, uma revalorização social do naturalismo que, segundo Badinter (2010), é uma consequência da instabilidade no progresso da ciência e da redefinição de papéis de género. Essa revalorização do naturalismo no contexto

¹⁰ Sem resistência não é necessário o exercício do poder (Foucault, 1975).

do parto reflete um movimento mais amplo que procura resgatar práticas e conhecimentos tradicionais que foram marginalizados pela modernidade e pela crescente medicalização da vida. Badinter (2010) argumenta que essa tendência é parcialmente uma resposta à percepção de que o progresso científico não resolve todos os problemas e, em alguns casos, pode desenvolver novos dilemas éticos e sociais. Assim sendo, a ciência, embora tenha proporcionado avanços significativos, também trouxe incertezas e riscos, o que pode conduzir à procura de alternativas mais naturais e holísticas.

No que se refere às mulheres e à maternidade verifica-se uma crescente preferência pelo familiar, tradicional e natural¹¹, que se reflete, entre outros aspetos, numa tendência discreta do aumento do número de famílias que planeiam parir em casa (Santos, 2012). Por outro lado, com as transformações nas expectativas e nas representações sociais em torno dos papéis femininos e masculinos, existe uma procura por novos equilíbrios e significados. No caso do parto, essa procura manifesta-se na valorização de abordagens que enfatizam a experiência e a autonomia da mulher, em contraste com os modelos altamente tecnicistas e hierárquicos da medicina moderna. As representações sociais sobre o parto influenciam significativamente essas decisões, moldando as percepções coletivas sobre o que é considerado seguro, natural ou apropriado. Nesse sentido, é de realçar que a escolha do local de parto é uma decisão pessoal, mas que tende a ser influenciada por uma complexa variedade de fatores culturais, sociais e económicos, refletindo as representações sociais que cada sociedade sustenta sobre o nascimento e a saúde materna.

4.1 Cultura e tradição

A ciência moderna colonizou diferentes formas de conhecimento, tendo contribuído para a supressão do conhecimento não científico que é, atualmente, considerado irracional (Sousa Santos, 2014). Assim, é interessante compreender de que forma a importância conferida à continuidade das práticas culturais e à confiança nas abordagens tradicionais *versus* modernas condiciona a escolha pelo local de parto. Por outro lado, é importante considerar que o conhecimento é acumulado por um grupo social sob os moldes das suas formas de pensar (E.

¹¹ Estudos na área da sociologia da saúde, como os de Jordan e Davis-Floyd (1992) e Oakley (1980), revelam que a gravidez e o parto são frequentemente moldados por discursos médicos, religiosos e sociais, que afetam as expectativas e as preferências das mulheres e a forma como vivenciam estes momentos.

Durkheim & Mauss, 1974). No fundo, cada sociedade apropria-se do material da modernidade sob os seus próprios moldes (Appadurai, 1996). E, portanto, os valores, expectativas e representações sociais culturalmente associados a um local de parto desempenham um papel crucial na influência dessa decisão (Feyer et al., 2013). As representações sociais moldam o que é percebido como um ambiente seguro ou adequado para o nascimento, associando o parto em casa ou no hospital a diferentes valores e normas culturais, como segurança, tradição ou autonomia. Consequentemente, a decisão do local de parto reflete essas representações, que variam conforme o contexto social e cultural de cada sociedade.

Em certos contextos, as práticas de parto específicas de um local, frequentemente transmitidas de geração em geração, desempenham um papel crucial no desenvolvimento de um sentimento de continuidade e respeito pelas tradições culturais, pela cultura – um sistema de significados partilhados que molda as ações dos indivíduos (Geertz, 1973). Em muitas comunidades, o parto em casa reflete não apenas uma escolha de saúde, mas também uma forma de preservar valores culturais. Estes valores incluem o reconhecimento da experiência empírica de parteiras, cujos conhecimentos práticos são adquiridos através de anos de experiência e de um entendimento profundo do contexto cultural e físico da comunidade.

Com efeito, a confiança na comunidade e nas práticas locais desempenha um papel importante na escolha pelo local de parto. Esta confiança é construída ao longo do tempo, baseada em relações com parteiras ou outros profissionais de saúde que estão inseridos na comunidade e que compreendem os valores e as necessidades locais – construindo-se capital social (Bourdieu, 1986). A autoridade das parteiras e profissionais de saúde locais, que frequentemente possuem um conhecimento empírico transmitido de geração em geração, também é essencial para o fortalecimento desta confiança. Estas parteiras não apenas fornecem cuidados técnicos, mas também são vistas como guardiãs das tradições culturais (Jordan & Davis-Floyd, 1992). A confiança nos métodos tradicionais pode ser reforçada pelo facto de as parteiras serem membros respeitados da comunidade e conhecerem as histórias individuais das famílias.

Assim, a confiança nas práticas locais de parto é construída através de experiências partilhadas dentro da comunidade. A memória coletiva (Halbwachs & Coser, 1992) desempenha um papel crucial na formação de crenças e práticas, sustentada pelas representações sociais que circulam sobre o que é um parto seguro e apropriado. Se uma comunidade tem uma história de partos bem-sucedidos em casa, essa narrativa é perpetuada através de histórias orais, contribuindo para representações sociais positivas sobre o parto em casa. Dessa forma, desenvolve-se uma sensação de confiança que é transmitida de geração em

geração, moldando as expectativas das mulheres em relação ao parto e reforçando práticas que refletem os valores e normas dessa comunidade. No entanto, no contexto atual, marcado pela hegemonia do parto no hospital, as narrativas disponíveis sobre o parto em casa tendem a enfatizar casos com desfechos negativos, o que contribui para a construção de representações sociais que associam o parto no domicílio ao risco moral. A ausência de histórias positivas no imaginário coletivo sobre partos em casa molda as representações sociais, consolidando a percepção de que a escolha pelo parto em casa desafia normas sociais e médicas estabelecidas. O que reflete a forma como os discursos hegemônicos podem exercer influência não apenas sobre práticas individuais, mas também sobre as estruturas de pensamento coletivo, promovendo conformidade ao modelo hospitalar em detrimento de alternativas percebidas como desviantes (Viisainen, 2000).

Assim, atualmente, em sociedades ocidentais ou urbanizadas, os hospitais são frequentemente representados como os locais mais adequados e seguros para o parto devido ao acesso a tecnologias avançadas e intervenções médicas eficazes, tendo adquirido reconhecimento e legitimidade social com base na sua autoridade e prestígio – capital simbólico (Bourdieu, 1986). No caso da medicina moderna, o capital simbólico é reforçado pela associação com o progresso tecnológico e o conhecimento científico. Assim, as mulheres podem optar por partos no hospital não apenas por uma questão de segurança objetiva, mas também porque o hospital representa o que é considerado como conhecimento válido e autorizado numa sociedade moderna. O que desenvolve uma pressão cultural para que as mulheres alinhem as suas escolhas de parto com as normas dominantes, preferindo o parto no hospital sobre outros locais de parto alternativos.

Ainda, a própria construção social de género imposta pela sociedade exerce pressões significativas sobre a parturiente, retirando protagonismo à mulher no seu papel individual e privilegiando o papel de mãe (Badinter, 2010). As representações sociais da maternidade reforçam essa visão, destacando a responsabilidade da mulher em garantir condições ideais para o desenvolvimento do feto, muitas vezes à custa da sua autonomia e identidade individual. Sendo o parto um processo de que depende o futuro da humanidade, a sociedade impõe à mulher grávida a responsabilidade quase exclusiva de formar e proteger o feto, desenvolvendo expectativas e representações sociais que muitas vezes limitam o papel da mulher às dimensões de cuidado e sacrifício materno (Joaquim, 2006; Lupton, 1994). Essa percepção de riscos morais (Beck, 2010; Viisainen, 2000) para a criação de um novo indivíduo condiciona bastante as escolhas da mulher grávida, especialmente em relação à escolha do local e do tipo

de cuidados durante o parto, pelo que a gestante acaba por agir em conformidade com as normas associadas ao contexto hospitalar dominante (Davis-Floyd & Sargent, 1997).

Contudo, ao longo do tempo, as transformações na cultura e nas normas sociais também podem impactar as escolhas relacionadas com o parto. A crescente medicalização do parto nas culturas ocidentalizadas reflete essas mudanças nos valores, representações e normas sociais, refletindo uma sociedade em constante evolução. À medida que as representações sobre a medicina moderna e os direitos das mulheres evoluem, observamos uma transformação significativa na forma como as sociedades percebem e praticam o parto e o cuidado perinatal. Essa evolução é influenciada por um crescente reconhecimento dos direitos das mulheres (Beauvoir, 2015; Butler, 1990), incluindo o direito à autonomia sobre seus corpos e à escolha informada sobre o tipo de assistência ao parto.

Com efeito, existe um movimento crescente que defende o direito a uma prestação de cuidados perinatais em centros de parto¹² ou a partos no domicílio, que enfatizam abordagens mais naturais e menos intervencionistas. Este movimento é parte de uma crítica mais ampla à medicalização, como discutido por Robbie Davis-Floyd (2004), que explora como o parto no hospital se pode tornar um rito de passagem (van Genep, 2014) altamente significativo na cultura de uma sociedade, refletindo valores, representações sociais e expectativas coletivas. Ao representar o parto no hospital como o padrão de segurança e competência técnica, as representações sociais legitimam essa prática como o modelo “correto” de nascimento, conferindo-lhe um status simbólico e cultural que vai além da dimensão médica. Assim, o parto no hospital transforma-se num ritual que reforça as normas dominantes e transmite uma sensação de pertença e conformidade com as expectativas da sociedade.

4.2 Influência de pares

Como vimos acima, a decisão sobre o local de parto é moldada pelas representações e práticas da sociedade, mas também pela influência de amigos, familiares e outros membros da rede de apoio da gestante. De acordo com Bourdieu (1972), na sua teoria do *habitus* e do capital social, as escolhas individuais, onde se pode incluir a escolha pelo local de parto, são moldadas por

¹² Alguns locais de parto são projetados especificamente para oferecer uma abordagem mais humanizada, em oposição aos ambientes hospitalares tradicionais que privilegiam a tecnologia e a intervenção médica. Centros de parto, por exemplo, podem ser concebidos para desenvolver uma atmosfera acolhedora e confortável, proporcionando um ambiente menos institucionalizado com uma minimização de intervenções desnecessárias em comparação com alguns hospitais.

disposições internalizadas que refletem a posição social do indivíduo e as normas do grupo ao qual pertence.

Nesse sentido os agentes sociais procuram muitas vezes apoio e validação das suas escolhas dentro dos seus círculos sociais (Goffman, 2014). O contexto social e as representações sociais da rede de apoio – composta por familiares, amigos, profissionais de saúde e outros membros da comunidade – desempenham um papel central na validação das escolhas das mulheres, contribuindo para a sua confiança e sensação de segurança durante o nascimento.

Assim, os indivíduos não tomam decisões de forma isolada, mas são influenciados pelas interações sociais, representações e valores das pessoas com quem mantêm relações sociais significativas, que podem surgir de laços mais fracos, como colegas de trabalho ou conhecidos, ou de laços mais fortes (Granovetter, 1973), como familiares e amigos próximos.

No contexto do parto, os laços fortes podem ser particularmente influentes, pois tendem a fornecer um nível de confiança e intimidade que valida as escolhas da gestante. Se uma mulher está inserida numa rede de apoio que valoriza o parto no hospital como a escolha mais segura, as suas decisões podem ser influenciadas por esse consenso social. Da mesma forma, em comunidades onde o parto em casa ou em centros de parto é comum, a validação dessas práticas por parte da rede de apoio pode reforçar a confiança da mulher em seguir essa opção, oferecendo-lhe uma sensação de coesão social e de coerência identitária¹³.

A rede de apoio não apenas valida as escolhas das gestantes, mas também oferece um suporte emocional crucial que ajuda a reduzir a ansiedade e o medo em relação ao parto. A presença de familiares ou amigos, a quem a mulher pode recorrer para partilhar preocupações contribui para um sentimento de tranquilidade. Pelo que o suporte social é um fator importante para garantir uma experiência de parto positiva (Oakley, 1984). O apoio emocional e prático oferecido por essa rede de apoio também pode moldar a decisão do local de parto, sendo que pode proporcionar a logística ou as condições necessárias para concretizar o tipo de parto desejado.

A troca de experiências entre mulheres que já pariram na mesma comunidade pode ser uma fonte valiosa de informação. Bourdieu (1986) apresenta o conceito de capital social para evidenciar que as redes de relacionamento, incluindo aquelas baseadas em experiências comuns como a maternidade, são fundamentais para a circulação de recursos e informações

¹³ A sensação de coerência identitária refere-se à capacidade de um indivíduo fazer escolhas individuais que sejam coerentes entre si, mantendo uma identidade – narrativa reflexiva construída continuamente pelas escolhas e interpretações do indivíduo (Giddens, 1997) – consistente.

pertinentes. Recomendações positivas ou negativas sobre, por exemplo, determinados hospitais ou práticas médicas, podem influenciar a decisão de uma mulher sobre o local de parto. Sendo que essa influência pode ser mais ou menos significativa consoante a confiança nas experiências compartilhadas (Oakley, 1980).

Assim, a presença de uma forte rede de apoio pode influenciar a decisão sobre o local de parto (Bedwell et al., 2011). As ideias e experiências partilhadas no contexto dessa rede desempenham um papel crucial, pois refletem as representações e valores que cercam o parto, influenciando diretamente as percepções da gestante sobre o que é seguro e apropriado. Se a rede de apoio favorecer um ambiente específico, como o parto em casa, isso pode influenciar a escolha da gestante. Por outro lado, a falta de apoio ou a resistência da família a determinadas escolhas pode desenvolver barreiras para a escolha de certos locais de parto.

4.3 Sistema de saúde e intervenções médicas

A sensação de confiança reduz a complexidade social e permite que os indivíduos tomem decisões em ambientes de incerteza (Luhmann, 1979), pelo que a percepção da qualidade dos serviços disponíveis num sistema nacional de saúde desempenha um papel fundamental nas escolhas relacionadas com o parto (Gottfredsdottir et al., 2015). Desta forma, se existir confiança na segurança e na competência dos profissionais médicos nos hospitais, é mais provável que optem pelo parto no hospital. Nas sociedades contemporâneas, os indivíduos confiam nas especialidades e nas autoridades profissionais para gerirem os riscos inerentes à vida moderna (Giddens, 1997). Nesse sentido, o hospital pode ser visto como um espaço de certeza num ambiente de incertezas, sendo esta conceção sustentada pelas representações sociais que associam este local à segurança e à competência dos profissionais médicos. Quando existe confiança nestas representações – que valorizam o hospital como um local de proteção e cuidados adequados – é mais provável que as mulheres optem pelo parto no hospital. No entanto, se surgirem preocupações acerca das práticas médicas invasivas ou impessoais, essas representações sociais podem enfraquecer, aumentando a possibilidade de as mulheres procurarem ambientes mais personalizados, como centros de parto ou assistência em casa, onde a experiência do nascimento pode ser mais alinhada com as suas expectativas de cuidado e autonomia.

Uma questão que pode suscitar preocupações em relação à segurança nas práticas médicas durante o parto em Portugal é o facto de o conjunto de intervenções hospitalares ser aplicado

de forma padronizada às parturientes, independentemente das suas condições específicas. Em geral, todas as gestantes passam pelo mesmo conjunto básico de intervenções, ao qual são adicionadas apenas medidas específicas no caso de existirem patologias ou condições médicas particulares (Negrão, 2024). Esta abordagem, embora destinada a garantir a segurança e a uniformidade no atendimento, pode gerar insegurança tanto face às práticas médicas como aos profissionais de saúde, devido à falta de personalização dos cuidados e à possível introdução de intervenções desnecessárias em situações de gestações de baixo risco – o que pode conduzir a um fenómeno de iatrogenia, onde a própria intervenção médica pode causar danos ou complicações (Illich, 1975), como foi já discutido. A padronização dos cuidados hospitalares reflete ainda o fenómeno da tecnocratização (Davis-Floyd, 2001) e medicalização (Conrad, 2007; Zola, 1975) do parto, em que as práticas hospitalares baseadas em protocolos se tornam dominantes, ignorando a individualidade de cada gravidez e parto.

O acesso a informação sobre práticas obstétricas durante o parto, incluindo os benefícios e riscos de cada intervenção médica específica, pode influenciar a perceção das mulheres em relação aos procedimentos médicos. A decisão sobre a adesão ou rejeição de intervenções médicas, como a utilização de anestesia epidural, indução de parto ou cesariana, é muitas vezes mediada pelas informações disponíveis (Cavaler et al., 2018; Gottfredsdottir et al., 2015). No entanto, a influência dessas informações é moldada por vários fatores, incluindo o nível de acesso à informação, a qualidade do conhecimento transmitido e as relações de poder que permeiam as interações entre as mulheres grávidas e os profissionais de saúde.

Ainda que as sociedades contemporâneas sejam caracterizadas pela disponibilidade de informação (Giddens, 1997), o nível de acesso à informação acerca das práticas médicas no parto varia consideravelmente entre mulheres, dependendo de fatores socioeconómicos, educacionais e geográficos. Mulheres com maior literacia em saúde e acesso a recursos educativos têm uma compreensão mais aprofundada dos benefícios e riscos associados a cada intervenção médica, o que lhes permite tomar decisões informadas e exercer maior controlo sobre o processo do parto (Murugesu et al., 2023). Em contraste, mulheres com menos acesso a esses recursos ou que enfrentam barreiras linguísticas tendem a depender mais exclusivamente dos profissionais de saúde como principais fontes de informação, o que significa que as suas decisões são frequentemente moldadas pela autoridade médica em vez de serem baseadas numa compreensão plena das opções disponíveis. Representações sociais que valorizam o conhecimento biomédico como a principal forma de saber reforçam essa dinâmica, limitando a autonomia das mulheres que não têm acesso a informação acessível e compreensível. Assim, a literacia em saúde torna-se um fator determinante na capacidade das

mulheres de participarem ativamente nas decisões sobre o seu parto, refletindo uma desigualdade estrutural que influencia diretamente as suas experiências e opções (Murugesu et al., 2021, 2023).

A qualidade da informação disponível também é um fator determinante na percepção que as mulheres têm das intervenções médicas. A informação sobre procedimentos médicos pode ser influenciada pela narrativa biomédica dominante, que muitas vezes promove uma visão medicalizada (Illich, 1975) do parto. Os sistemas de saúde ocidentais, ao promoverem a tecnologia e os procedimentos médicos (Davis-Floyd, 2004), moldam uma percepção do parto como um evento inerentemente arriscado, justificando assim a necessidade de intervenções e vigilância médica constante. Essa visão é sustentada pelas já referidas representações sociais que associam o parto seguro a um ambiente controlado e tecnologicamente avançado, reforçando a ideia de que o hospital é o local mais adequado para o nascimento. No entanto, essa ênfase na intervenção muitas vezes omite os potenciais riscos e efeitos secundários associados a práticas como a anestesia epidural, indução do parto ou cesariana, o que limita a capacidade das mulheres de fazerem escolhas verdadeiramente informadas.

As relações de poder entre as mulheres grávidas e os profissionais de saúde são outro fator que molda a percepção das intervenções médicas¹⁴. Uma evidência destas relações de poder que pode influenciar a percepção das mulheres sobre o parto no hospital é a forma como se constitui o consentimento informado, atualmente. Nos hospitais, em Portugal, é habitual que seja apresentado um consentimento informado para assinatura pela parturiente antes do parto. Trata-se de um documento onde constam todas as intervenções médicas que podem vir a ser realizadas no parto, que é apresentado a qualquer parturiente independentemente do nível de risco associado àquele parto (Negrão, 2024). No entanto, para que o consentimento seja verdadeiramente informado, é necessário que o paciente tenha tempo suficiente e condições adequadas para ponderar as opções, fazer perguntas e que sinta que tem direito a eventualmente recusar algumas intervenções. No caso das parturientes, a apresentação do documento de consentimento apenas nas últimas fases da gravidez, ou já no hospital, prestes a parir, pode limitar a sua autonomia. Durante este momento final, as mulheres estão frequentemente em estado de vulnerabilidade devido à proximidade do parto e ao stress que poderá envolver o processo. Esta condição pode prejudicar a capacidade de a mulher refletir adequadamente sobre as intervenções apresentadas, o que acaba por contribuir para um reforço

¹⁴ Visto que a autoridade médica (Foucault, 1975) pode influenciar as decisões das mulheres no contexto do parto, uma vez que os médicos são frequentemente representados como os detentores do conhecimento válido.

do poder e da autoridade médica institucionalizada (Foucault, 1975). Por outro lado, este consentimento também omite e/ou afunila opções (Negrão, 2024). A lista de intervenções médicas pode incluir procedimentos como a episiotomia, uso de fórceps, anestesia epidural ou cesariana, mas muitas vezes não explora em detalhe as alternativas a essas intervenções, como o parto natural sem intervenções ou com intervenções mínimas, ou outras abordagens mais personalizadas. Assim, gestantes que têm uma contínua informação ao longo do processo da gravidez e que têm conhecimento das taxas de intervenção em ambientes hospitalares ou dos possíveis efeitos colaterais das mesmas podem optar por locais de parto que promovam abordagens mais naturais e menos intervencionistas, nas situações em que é essa a sua vontade.

Experiências hospitalares anteriores também desempenham um papel significativo no processo de decisão do local de parto (Boucher et al., 2009; Pereira et al., 2011), sendo que influenciam profundamente as percepções sobre o sistema de saúde. Essas experiências passadas – sejam positivas ou negativas – podem moldar o nível de confiança que a mulher deposita nos cuidados hospitalares e influenciar a sua escolha entre um parto no hospital ou um contexto alternativo de parto, como o parto em casa. Mulheres que tiveram experiências positivas em hospitais podem optar por repetir a escolha nesse contexto de parto, enquanto aquelas que enfrentaram experiências negativas, que experienciaram algum tipo de violência obstétrica, ou que foram alvo de intervenções não consentidas ou que carecem de fundamentação científica podem ter aí uma motivação para procurar alternativas mais personalizadas.

O contexto legal e regulador também pode influenciar as decisões em torno do nascimento. Em certos países, a legislação pode favorecer ou desencorajar certas práticas de parto, afetando a disponibilidade de opções como o parto em casa ou em centros especializados (Sanfelice & Shimo, 2015). Esses fatores refletem as dinâmicas complexas entre as infraestruturas de saúde, as políticas governamentais e as experiências pessoais das mulheres. A ausência de regulamentação, como ocorre em Portugal, afeta igualmente a escolha do local de parto. Embora o parto em casa não seja proibido, a inexistência de um enquadramento legal no contexto português pode desencorajar as mulheres de optar por esta alternativa, dado que a falta de regulamentação gera obstáculos práticos e institucionais à sua concretização (Santos & Augusto, 2016). Esta situação restringe o exercício da autonomia das mulheres e pode influenciar a percepção de risco associada ao parto em casa.

Outro fator que pode influenciar a escolha do local de parto, no contexto do sistema de saúde, é a acessibilidade geográfica de hospitais e clínicas. Este aspeto torna-se relevante em cenários de desigualdades regionais e em áreas rurais ou periféricas, onde o acesso a cuidados

de saúde diferenciados é frequentemente limitado. Em regiões remotas ou com infraestruturas de saúde precárias, o parto em casa pode ser uma opção – ou até a única opção – perante a falta de acesso a cuidados hospitalares. Já em regiões urbanas e suburbanas, onde hospitais e clínicas estão prontamente acessíveis, as mulheres tendem a optar quer pelo parto em casa, quer pelo parto no hospital, pela conveniência e proximidade desses serviços.

4.4 Perspetiva socioeconómica

A forma como as mulheres experimentam o parto é moldada por estruturas sociais e económicas (Rothman, 1991). Os recursos financeiros e o acesso a serviços de saúde podem variar significativamente entre diferentes grupos socioeconómicos, influenciando diretamente as escolhas relacionadas ao parto. Mulheres em situações económicas mais favoráveis frequentemente têm mais opções disponíveis para escolher o local de parto, incluindo hospitais privados e a possibilidade de contratar profissionais de saúde privados. Esse acesso a recursos permite que essas mulheres selecionem ambientes que melhor atendam às suas preferências e necessidades específicas. Essas escolhas podem ser, em parte, moldadas por certas representações sociais que associem o acesso a serviços personalizados e privados com uma experiência de parto mais segura e confortável.

Por outro lado, mulheres em contextos socioeconómicos menos favorecidos podem sentir-se restringidas às opções disponíveis no sistema público de saúde. Nessas circunstâncias, as representações sociais podem reforçar a ideia de que estas alternativas são adequadas, mesmo que impliquem escolhas limitadas ou menos personalizadas. Assim, o contexto económico não apenas define o acesso aos recursos, mas também influencia as perceções e preferências através das representações sociais que circulam sobre diferentes opções de parto. Estas desigualdades refletem as estruturas sociais mais amplas e revelam como o capital económico (Bourdieu, 1986) afeta a capacidade das mulheres na tomada de decisões informadas e de acordo com as suas preferências. Além disso, o sistema médico pode reforçar desigualdades ao direcionar práticas específicas para diferentes classes sociais, desenvolvendo um paternalismo médico que limita a autonomia das mulheres (Donzelot, 1980). Isto evidencia que as desigualdades no acesso a diferentes tipos de parto – como o parto em casa – são reflexo de disparidades económicas, mas também da forma como o capital económico interage com as estruturas institucionais e simbólicas para definir as opções percebidas como viáveis.

Além disso, a literacia em saúde influencia diretamente a interação médico-paciente, determinando o grau de autonomia que a mulher pode exercer durante o nascimento (Roter & Hall, 2006), pois mulheres com maior nível educacional têm mais facilidade em compreender, analisar e questionar as informações recebidas dos profissionais de saúde. Mulheres em situações socioeconômicas privilegiadas podem ter acesso a uma educação mais abrangente sobre as diversas opções de parto, bem como sobre os benefícios e riscos associados a cada escolha. Esse acesso a informações detalhadas pode ser proporcionado por meio de melhores sistemas de educação, acesso a literatura especializada ou, por exemplo, a possibilidade de participar em cursos preparatórios para o parto. As representações sociais que circulam nesses contextos, frequentemente reforçadas por esses recursos educacionais, valorizam o papel da mulher informada e capacitada a tomar decisões sobre o seu próprio parto, incentivando-a a explorar opções que vão desde diferentes intervenções médicas até métodos mais naturais e humanizados. Em contrapartida, mulheres em situações socioeconômicas desfavorecidas podem ter menos acesso a informações detalhadas (Gottfredsdottir et al., 2015), o que limita as suas possibilidades de questionar o modelo de assistência obstétrica hegemônico e perpetua representações sociais que normalizam o parto no hospital e fortemente medicalizado como única opção segura. Com efeito, este fator não se limita apenas à compreensão de informação técnica, mas também à habilidade de negociar escolhas informadas dentro de um sistema de saúde que muitas vezes apresenta barreiras de linguagem e de poder (Freidson, 1988).

Assim, a disparidade no acesso a recursos e a informações reflete uma desigualdade estrutural que afeta diretamente a experiência de parto das mulheres. O que revela como a articulação entre diferentes formas de capital, econômico, cultural e social (Bourdieu, 1986), molda as decisões reprodutivas de forma complexa e multifacetada. Essas dinâmicas determinam quem tem maior capacidade de escolha e maior controle sobre o seu parto, e quem, por outro lado, fica mais vulnerável às decisões impostas pelo sistema de saúde. As representações sociais associadas a esses diferentes estratos socioeconômicos consolidam padrões de práticas comuns entre aqueles que possuem recursos semelhantes, criando expectativas e normas sobre o que é considerado um parto ideal ou adequado dentro de cada grupo. Dessa forma, certos estratos socioeconômicos podem desenvolver padrões de práticas comuns entre aqueles que possuem recursos idênticos, o que também pode influenciar significativamente a escolha pelo local de parto.

4.5 Empoderamento da mulher e parto humanizado

No modelo hospitalar de assistência obstétrica atual, a experiência de parto é descaracterizadora de um papel empoderado da mulher (Fox & Worts, 1999), transferindo o protagonismo da parturiente para a figura patriarcal do profissional de saúde (Carapinheiro, 1998). Este modelo reflete uma estrutura de poder em que a mulher, em vez de ser a protagonista ativa no seu próprio processo de parto, se torna um objeto de intervenção médica, muitas vezes passiva diante de um conjunto de decisões técnicas tomadas pelo médico ou equipa hospitalar. Essa descentralização do poder da mulher no parto é uma manifestação do processo de medicalização (Illich, 1975) e tecnocratização do nascimento (Davis-Floyd, 2001, 2004). A mulher fica à margem das ações sobre o seu próprio corpo, sendo vigiada desde o início da gravidez, alterando o seu quotidiano – “a cujos processos de normalização e rotinização se entrega, conformada e exausta” (Santos, 2012, p. 13).

Esta vigilância excessiva sobre a parturiente é frequentemente perspetivada pela crítica feminista como uma manifestação de dominação social masculina, refletindo a valorização de valores masculinos no sistema de saúde e, em particular, na assistência ao parto (Campbell & Porter, 1997; Carapinheiro, 1998). Esta crítica tem origem na forma como o modelo médico-patriarcal impõe normas que enfatizam o controlo, a tecnologia e a autoridade médica, em detrimento da autonomia e da experiência feminina. O parto medicalizado é um exemplo claro de como os valores patriarcais permeiam o campo da saúde reprodutiva, marginalizando o papel ativo da mulher e reduzindo-a a um objeto de intervenção técnica (Rich, 1995). Neste cenário, a parturiente tem mínimas oportunidades de exercer escolhas (Shaw, 2007), sendo desprovida de identidade perante o contexto hospitalar (Tereso, 2005).

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento de movimentos pró-desmedicalização do parto, que visam promover a autonomia, a escolha informada e o respeito pelos direitos das mulheres no parto (Santos & Augusto, 2016). Esses movimentos defendem uma abordagem centrada na mulher, como a principal agente do processo, desafiando as representações sociais que tradicionalmente conferem à medicina e aos profissionais de saúde a autoridade exclusiva sobre o parto. Ao colocar a mulher no centro das decisões, os movimentos pró-desmedicalização procuram desconstruir a ideia de que o parto é um evento inerentemente arriscado que exige controlo médico constante, promovendo, em vez disso, representações sociais que valorizam o parto como uma experiência natural e humanizada. Essa abordagem implica um maior respeito pelas escolhas individuais das mulheres e o direito de participar

ativamente nas decisões sobre o próprio corpo, promovendo uma experiência de parto mais alinhada com suas expectativas e necessidades.

O conceito de parto humanizado refere-se a uma abordagem mais holística centrada na mulher, respeitando as suas escolhas, onde os aspetos emocionais, psicológicos e sociais do parto são tomados em consideração, e não apenas os fatores biológicos. Dessa forma, a procura por um parto humanizado pode influenciar significativamente a escolha do local de parto. Essa humanização do parto implica o respeito pela individualidade de cada mulher e o desenvolvimento de um ambiente confortável para a parturiente, menos intervencionista e que respeite os ritmos naturais do corpo. Os movimentos de parto humanizado também defendem o uso de práticas que respeitem os direitos das mulheres e o seu bem-estar, como o recurso a doulas, parteiras (Davis-Floyd, 2004; Jordan & Davis-Floyd, 1992; Oakley, 1984) e, por exemplo, partos em casa, onde a mulher se sente mais segura e respeitada.

Este movimento também é impulsionado pelo aumento da consciência sobre os direitos reprodutivos e a importância de respeitar a autonomia corporal das mulheres. A valorização de uma experiência de parto mais personalizada e centrada na mulher reflete uma mudança nas representações sociais sobre o que constitui um parto ideal, destacando a importância de escolhas informadas e respeitadas. Esse desejo por um parto mais humanizado e autónomo pode tornar-se um fator decisivo na tomada de decisão pelo local de parto, sobretudo quando as representações sociais associam ambientes hospitalares mais padronizados a uma menor flexibilidade e personalização. Assim, as gestantes podem decidir explorar opções alternativas ao parto no hospital, como o parto em casa, onde percebem maior respeito pela sua autonomia e preferências.

Portanto, a procura por um modelo de assistência ao parto específico pode ser decisiva na escolha pelo local onde parir. Existem várias abordagens aos modelos em que a assistência à gravidez e ao parto se pode basear, dos quais podemos distinguir o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial. O modelo biomédico caracteriza-se por tomar o parto como um problema médico (Wagner, 1994), onde a parturiente delega o poder sobre o seu corpo à equipa médica. Como é este o modelo transmitido nas faculdades de Medicina, é também este o modelo que se pratica maioritariamente nos hospitais e maternidades em Portugal (Negrão, 2024). Por outro lado, o modelo biopsicossocial, o modelo recomendado pela OMS, valoriza os aspetos biológicos, psicológicos, emocionais, sociais e ambientais da saúde da parturiente (Negrão, 2024). Neste modelo a mulher é considerada com capacidade de decisão e o parto, ainda que por vezes acarrete risco, é considerado como um evento fisiológico e natural.

Robbie Davis-Floyd (2001), com uma abordagem mais aprofundada da questão, distingue o modelo tecnocrático, o modelo humanizado e o modelo holístico. O modelo tecnocrático caracteriza-se pela separação mente-corpo e pela visão do corpo humano como sendo uma máquina. Caracteriza-se também pelo forte destaque da tecnologia e da intervenção médica, concebendo a gravidez e o parto como eventos médicos que requerem um controlo rigoroso. Esta valorização da previsibilidade e os avanços tecnológicos que caracterizam o modelo tecnocrático permitiram melhorar as condições de segurança na gravidez e no parto para as mães e os bebés. Porém, esse avanço veio também potenciar a visão da mulher passiva sujeita ao controlo médico. E é por isso que surge um outro modelo em resposta ao excesso de tecnocracia, o modelo humanizado, que se caracteriza pela valorização da componente emocional e social da gravidez e do parto para além da componente médica. Este modelo visa assegurar a experiência individual e emocional da mulher na gravidez e no parto, potenciando uma postura ativa da mulher. Em suma, este modelo pretende equilibrar as escolhas informadas das gestantes e parturientes com a utilização equilibrada da tecnologia e intervenções médicas quando necessárias. Em linha com o modelo humanizado surge um terceiro modelo, o modelo holístico, que se caracteriza por englobar o espírito num todo no corpo humano, uma unidade corpo-mente-espírito. É o modelo que engloba uma maior variedade de abordagens, em que o foco pode ir desde uma mulher ativa no processo do nascimento a uma mulher passiva que recebe uma oração ou uma transferência de energia de cura. Isto sempre com a premissa de que eventos como a gravidez e o parto são naturais e, por isso, ainda que devam ser apoiados, não devem ser controlados, pelo que não se rejeita a tecnologia ou a intervenção médica quando necessárias.

Em síntese, a escolha do local de parto é profundamente influenciada por uma interação complexa de fatores culturais, sociais, económicos e pessoais, os quais são moldados por representações sociais que condicionam as perceções de segurança, competência e autonomia no contexto do nascimento. Optar por um local de parto fora do ambiente hospitalar pode ser entendido como um ato de resistência à tecnocracia institucionalizada, enfatizando um modelo de parto que prioriza a autonomia das mulheres e valoriza as suas experiências subjetivas. Essa escolha desafia representações sociais que tradicionalmente centralizam a autoridade nos profissionais de saúde, permitindo às mulheres reivindicarem um protagonismo maior em relação ao processo do parto. Ao recorrer a alternativas, as parturientes defendem uma experiência mais humanizada, ajustada às suas necessidades e expectativas individuais, em oposição a modelos padronizados e institucionalizados.

Contudo, a realidade para muitas parturientes que seguem o contexto hospitalar pode incluir vivências de desrespeito e perda de controle sobre as suas decisões, manifestando uma dimensão de violência que tem sido cada vez mais discutida sob o termo “violência obstétrica” (Sadler et al., 2016). Este tipo de violência reflete um problema social mais amplo, onde práticas autoritárias e o uso excessivo de intervenções médicas entram em conflito com o direito das mulheres a uma assistência humanizada que respeite a sua autonomia.

Capítulo 5 – Violência obstétrica

A violência é um problema social que acompanha as transformações das sociedades (Minayo, 2020). Em 2002, a OMS divulgou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde onde define a violência como o “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (Krug et al., 2002, p. 5).

As transformações da modernidade desenvolveram novas condições e formas de violência. Essas mudanças não apenas intensificaram a violência, mas também modificaram a forma como ela é percebida, representada e executada (Bauman, 1998). Muitas das formas modernas de violência são caracterizadas pela burocratização, que desenvolve um distanciamento entre o ato violento e os seus executantes¹⁵, diluindo a responsabilidade individual e transformando-a em um processo administrativo e rotineiro. A violência torna-se cada vez mais impessoal e sistêmica, o que facilita a sua aceitação e perpetuação, bem como oculta a sua gravidade e impacto, tornando-a parte do funcionamento regular das sociedades contemporâneas (Bauman, 1998).

A violência é um fenômeno complexo e multifacetado, e a forma como se manifesta está profundamente relacionada com as estruturas de poder e as dinâmicas sociais vigentes em cada sociedade. Assim, as expressões de violência não são apenas atos individuais, mas também o reflexo de relações sociais desiguais e sistemas de dominação que operam em diferentes contextos históricos e culturais. A natureza dos atos de violência pode ir desde a expressão física, psicológica ou sexual à negligência ou privação de cuidados (Minayo, 2020), podendo apresentar formas diferentes em cada sociedade em fases diferentes da história devido à sua natureza volátil no espaço e no tempo. O que é considerado um ato de violência num contexto pode não ser percebido da mesma forma noutro. Em algumas sociedades, por exemplo, a violência de gênero, como o assédio sexual ou a violência doméstica, pode ser normalizada ou até justificada por normas culturais que perpetuam a subordinação das mulheres. Em outros contextos, esses mesmos atos podem ser considerados crimes graves e socialmente inaceitáveis. Isso reflete como a violência é socialmente construída e como a sua definição se transforma conforme as normas culturais, as leis e as políticas se transformam ao longo do

¹⁵ A violência transforma-se de um ato exclusivamente brutal ou selvagem para começar a constituir-se de forma metódica e organizada, muitas vezes sem a necessidade de envolvimento emocional direto (Bauman, 1998).

tempo. Assim, as representações sociais de violência moldam coletivamente a forma como a sociedade identifica e reage a certos comportamentos, influenciando quais atos são considerados violentos e quais são normalizados ou invisibilizados. À medida que as percepções coletivas e as representações sociais se alteram, comportamentos anteriormente aceites ou ignorados podem começar a ser reconhecidos como violência, refletindo a constante adaptação dos valores sociais e culturais.

Existem, contudo, formas de violência que, embora menos visíveis, persistem ao longo do tempo e estão presentes em diversas sociedades. A violência de género – especificamente a dominação masculina (Bourdieu, 1998) – é um exemplo claro desse fenómeno. Para compreender a dinâmica entre homens e mulheres, Bourdieu propõe o conceito de violência simbólica (Bourdieu, 1998, 2011), caracterizada pela imposição de hierarquias sociais através de símbolos e representações que parecem naturais. Esse processo de construção social é sustentado por uma ordem simbólica que dispensa justificações explícitas, pois molda o *habitus* dos indivíduos, condicionando as suas percepções e atitudes de acordo com essa estrutura. Nesse contexto, a violência simbólica surge da aceitação inconsciente das relações de dominação por ambas as partes, uma colaboração tácita que, ao ser normalizada, legitima formas de maus-tratos e perpetua a desigualdade.

No que se refere especificamente à violência obstétrica¹⁶ é um fenómeno que ocorre em diversos contextos sociais e culturais, refletindo práticas de controlo sobre os corpos das mulheres. De acordo com Michel Foucault (1975), as instituições médicas exercem poder sobre os indivíduos, sendo os corpos das mulheres alvo de práticas de disciplina e controlo. Este poder manifesta-se, muitas vezes, através de intervenções médicas desnecessárias, falta de consentimento informado e interações desrespeitosas durante o parto e outros cuidados. Bourdieu (1984) acrescenta que o capital simbólico detido pelos médicos coloca as mulheres numa posição de subordinação, onde as suas opiniões e escolhas são frequentemente desconsideradas. Assim, a autoridade médica acaba por legitimar práticas que ignoram a individualidade e a autonomia das mulheres, reforçando dinâmicas de desigualdade e subjugação.

¹⁶ O conceito de violência obstétrica surgiu de ativistas latino-americanas no início do séc. XXI, como uma forma de conferir visibilidade às práticas desumanizadoras e violentas frequentemente experienciadas por mulheres nos sistemas de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto. (Barata, 2022).

5.1 Maus-tratos durante o parto

São vários os contextos em todo o mundo em que as experiências de parto das mulheres nas unidades de saúde são alvo de maus-tratos (Bohren et al., 2014, 2015; Chadwick et al., 2014; Turan et al., 2008), o que pode incluir uma assistência baseada em práticas abusivas, negligentes, desrespeitosas ou com negação de autonomia. Este fenómeno, frequentemente referido como violência obstétrica, reflete uma dinâmica de poder (Foucault, 1975, 1989) que se manifesta de forma particular no contexto do parto, onde as mulheres podem perder o controlo sobre as decisões relacionadas com os seus corpos e o processo de nascimento. As representações sociais que sustentam a autoridade médica e valorizam a intervenção tecnológica reforçam essa dinâmica, legitimando práticas que, embora enquadradas como cuidados, podem desconsiderar a autonomia e o bem-estar emocional da parturiente. Assim, a violência obstétrica não é apenas um problema individual, mas uma questão social e cultural enraizada em representações que priorizam o poder institucional sobre a experiência subjetiva da mulher.

Segundo alguns autores, a assistência obstétrica constitui-se em dois extremos: um extremo caracterizado por uma abordagem “*too little, too late*” (demasiado pouco e demasiado tarde), onde os cuidados chegam de forma inadequada ou tardia; e o outro extremo “*too much, too soon*” (demasiado e demasiado cedo), onde as intervenções médicas são aplicadas de forma precoce e excessiva, inclusivamente quando estas não são necessárias (Miller et al., 2016). Estes dois extremos representam os desafios centrais da saúde reprodutiva no mundo contemporâneo, refletindo as disparidades globais no acesso e na qualidade dos cuidados obstétricos. Nos contextos em que predomina a abordagem “*too little, too late*”, os sistemas de saúde são incapazes de oferecer cuidados eficazes às gestantes, como uma monitorização contínua da saúde da mãe e do bebé durante todo o processo do nascimento e intervenções médicas necessárias. Isso torna-se evidente em regiões com recursos limitados, infraestruturas precárias e profissionais de saúde insuficientes.

No outro extremo, a abordagem “*too much, too soon*” é mais comum em países industrializados, onde a medicalização (Conrad, 2007; Illich, 1975) do parto e o uso excessivo de intervenções tecnológicas (Davis-Floyd, 2001) se tornaram a norma. Intervenções como cesarianas, episiotomias, uso de medicação para induzir o parto, entre outras, são aplicadas rotineiramente, mesmo sem uma indicação clínica rigorosa. Essas práticas estão associadas a uma visão tecnocrática do corpo feminino, onde o parto é abordado como um processo

mecânico que deve ser controlado e fortemente monitorizado, muitas vezes em detrimento da autonomia da mulher (Davis-Floyd, 2001, 2004; Liese et al., 2021).

Em Portugal, a violência obstétrica pode advir da prática de uma medicalização e obstetrícia defensiva. Nesse contexto, os profissionais tendem a agir “*too much, too soon*”, ou seja, com intervenções excessivas e precoces. Este comportamento é frequentemente motivado pelo receio do risco e do litígio (Barata, 2022), bem como por uma cultura intervencionista que se encontra profundamente enraizada nas instituições de saúde. Como resultado, pode surgir uma “cascata de intervenções” (Negrão, 2024). Esta ocorre quando uma intervenção inicial desencadeia outras sucessivas, levando, muitas vezes, a procedimentos que poderiam ser evitados. Esta sequência de intervenções afasta as práticas do foco na mulher e nas suas necessidades específicas, promovendo um atendimento que prioriza o controlo médico em vez do bem-estar e da autonomia da paciente. As representações sociais que associam o parto no hospital e tecnicamente intervencionado à segurança e ao sucesso clínico reforçam esta abordagem, validando práticas médicas. Assim, a violência obstétrica neste contexto “*too much, too soon*” reflete não apenas escolhas individuais dos profissionais, mas também normas institucionais e sociais que priorizam o controlo médico e a intervenção, mesmo quando essas práticas podem ser excessivas.

Em síntese, a violência obstétrica envolve fatores individuais, institucionais e estruturais (Brilhante et al., 2021), e consiste na apropriação das escolhas da mulher no que se refere ao nascimento. O que se pode constituir apenas na omissão de informação relevante: “é violento que uma pessoa grávida se sinta obrigada a aceitar determinados procedimentos ou intervenções sem perceber qual o impacto (positivo ou negativo) que tal pode ter na sua saúde e na da sua criança” (Negrão, 2024, p. 38). Existem vários relatos de parturientes que referem que não lhes foi dada informação suficiente sobre as suas escolhas de parto, quais as suas vantagens e possíveis consequências de opções como a indução do parto, a cesariana, o parto no domicílio, ou outras (APDMGP, 2019). Essa ausência de informação reflete as representações sociais e práticas institucionais que ainda tendem a centralizar o poder decisório nos profissionais de saúde, relegando as mulheres a um papel mais passivo no processo de parto. Ao limitar o acesso a uma informação completa e imparcial, perpetua-se uma visão paternalista em que as escolhas das parturientes são condicionadas, em vez de valorizadas e respeitadas, comprometendo assim a autonomia informada e a confiança na relação entre a parturiente e a equipa médica.

Embora algumas formas de violência obstétrica sejam fáceis de identificar, como a realização de intervenções médicas sem o consentimento da mulher, outras podem passar

despercebidas, visto que se constituem como práticas mais subtis, como a coação psicológica, manipulação ou desrespeito. As práticas obstétricas que exercem violência de forma mais evidente incluem ações que violam diretamente o corpo da mulher, como a realização de episiotomias ou cesarianas desnecessárias e/ou sem consentimento (Barata, 2022). Esses procedimentos, que frequentemente acarretam consequências negativas para a saúde física e mental, também incluem a manobra de Kristeller – em que se aplica pressão sobre o abdômen para acelerar o parto – e a episiotomia realizada sem indicação clara. Além disso, muitas mulheres são submetidas a induções de parto, consequência de uma abordagem excessivamente intervencionista que se desvia das recomendações de um cuidado centrado na mulher (APDMGP, 2019).

No entanto, existem formas mais imperceptíveis de violência obstétrica, que muitas vezes não são representadas como tal, mas que resultam no controle do corpo da gestante ou parturiente. Um exemplo de violência obstétrica sutil é o desrespeito da autonomia da mulher, que ocorre quando as suas opiniões, desejos ou preocupações são ignorados ou descartados, sendo-lhe imposto um procedimento sem que a mesma tenha a possibilidade de participar ativamente na decisão. Outro exemplo é a coação, onde alegar o bem-estar do feto pode ser suficiente para que a mãe sacrifique o seu bem-estar e aceite determinadas intervenções (Barata, 2022). Aqui, a noção de risco é instrumentalizada para culpabilizar a mulher de possíveis resultados adversos (Barata, 2023).

Muitas mulheres vítimas de violência obstétrica relatam sentimentos de perda da própria identidade, infantilização física e emocional, e opressão incorporada (Cohen Shabot, 2016), ao serem sujeitas a procedimentos nem sempre sustentados por evidências científicas (Barata, 2023). Pelo que a prática de violência obstétrica se constitui num contexto além de uma aceitação passiva das intervenções impostas, visto que existe uma internalização, por parte das mulheres, de normas culturais e expectativas sociais que legitimam a medicalização do parto como única forma segura ou apropriada para o nascimento. Essa opressão incorporada pode conduzir as próprias mulheres a aceitar, esperar ou até solicitar intervenções desnecessárias, contribuindo, ainda que involuntariamente, para a perpetuação dos modelos que sustentam a violência obstétrica.

O impedimento de acompanhante durante o trabalho de parto também se constitui como uma forma de violência obstétrica. A presença de um acompanhante da escolha da parturiente é um direito importante, reconhecido como fundamental para o bem-estar emocional e psicológico da mulher (World Health Organization, 2018). Do ponto de vista da OMS, o acompanhamento durante o trabalho de parto é essencial para garantir uma experiência do

nascimento positiva. A presença de um acompanhante de escolha da mulher durante todo o processo está associada a melhores resultados para a mãe e o bebê, incluindo uma menor necessidade de intervenções médicas e uma maior satisfação com a experiência de parto (World Health Organization, 2018). Este apoio contínuo reduz a duração do parto e melhora o bem-estar psicológico da mulher, além de promover um ambiente de respeito e dignidade, que fatores essenciais para evitar formas de violência obstétrica.

No entanto, muitos relatos indicam que, em várias circunstâncias, as mulheres são impedidas de ter esse acompanhamento, uma prática que se constitui como uma forma de violência obstétrica (Barata, 2022). Durante a pandemia por Covid-19, o número de casos em que as parturientes ficaram sem acompanhamento aumentou consideravelmente, com justificações inerentes às medidas de segurança sanitária. Ainda assim, é importante ressaltar que essa prática de impedir a presença de acompanhantes não se iniciou com a pandemia, embora tenha sido exacerbada durante esse período. Já existiam relatos frequentes de mulheres privadas de acompanhantes em contextos obstétricos antes da pandemia e essa prática persiste mesmo no contexto pós-pandémico (Barata, 2022).

O impedimento de acompanhamento durante o trabalho de parto, além de violar as recomendações da OMS, constitui-se como uma forma de violência simbólica (Bourdieu, 1998) ao minar a autonomia da mulher e o seu direito de escolher o tipo de apoio que deseja durante um momento crucial da sua vida. No caso de Portugal, a Lei n.º 110/2019, que regula os direitos das mulheres grávidas, reforça o direito ao acompanhamento durante o parto, exceto em situações de risco documentadas e justificadas. Esta legislação reflete o reconhecimento de que a presença de um acompanhante durante o parto é fundamental para garantir que a mulher tenha uma experiência positiva.

De uma forma contraditória por parte do Sistema Nacional de Saúde português, não obstante o cenário de impedimento da permanência de um acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto, existem relatos de mulheres que vêm afirmar que no seu parto estiveram presentes grupos de estudantes de medicina, sem apresentação prévia dos mesmos à parturiente ou qualquer pedido de autorização para a sua presença (Barata, 2022), o que reflete o exercício de controlo e autoridade médica institucionalizada (Foucault, 1975, 1989, 2004).

Este controlo e autoridade são fundamentados na burocracia que, como já se referiu acima, caracterizam as sociedades modernas e constituem-se como uma forma de organização essencial para grandes instituições (Weber, 2022). Dessa forma, a burocracia que caracteriza a prática obstétrica moderna molda diretamente as relações e interações individuais – as ações

sociais –, que inevitavelmente se baseiam na eficiência e no cumprimento de protocolos, muitas vezes em detrimento dos valores ou dos laços interpessoais (Weber, 1985). No ambiente hospitalar, especialmente no contexto do parto, a ênfase em processos burocráticos e na padronização de cuidados pode conduzir a uma despersonalização das interações entre profissionais de saúde e parturientes, reduzindo a humanização da assistência ao parto. As práticas obstétricas são moldadas por exigências burocráticas que priorizam a eficiência e o resultado clínico em detrimento da experiência individual da parturiente.

Assim, esta padronização de cuidados transforma os corpos em trabalho de parto em objetos. Esse processo acontece por vários fatores, como o conforto da equipa médica e das normas hospitalares (que se fundamentam na burocracia), mas principalmente por ser um corpo feminino que ameaça a sua própria feminilidade passiva, onde a violência obstétrica se distingue de outros tipos de violência médica por ser dirigida às mulheres, partindo de uma opressão patriarcal e constituindo-se como um caso de violência de género (Cohen Shabot, 2016).

A ordem de hierarquização que caracteriza as diferenças de género atribui significados de superioridade ao homem e inferioridade à mulher (Amâncio, 1994), em linha com a tendência para pensar o mundo social em função de esquemas de oposições homólogas (Vasconcelos, 2004), como foi já referido. Estas representações sociais assimétricas, e todo o tipo de relações de poder, são justificadas na ordem simbólica que elas próprias constituem. A sua legitimidade alega-se no *habitus* dos agentes, sendo que este é condicionado pelas categorias de perceção próprias desta ordem (Bourdieu, 1998). Por outro lado, a aceitação e o querer, de ambas as partes, as relações de dominação resultam numa violência simbólica (Bourdieu, 1998) que legitima, por exemplo, a violência obstétrica.

Esta natural hierarquização dificulta uma libertação por parte das mulheres da dominação social de que são alvo, de se comportarem como dominantes ao invés de dominadas, mesmo que de isso não estejam proibidas, pelo que elas próprias produzem a desigualdade. Ambos os atores sociais estão, portanto, presos às relações de dominação de ordem masculina (Bourdieu, 1998; Connell, 1987).

O corpo da mulher em trabalho de parto não é um corpo patológico que requer uma cura, o que distingue a violência obstétrica de outros tipos de violência médica contra as mulheres. O nascimento, e mais especificamente o parto, caracteriza-se pelo seu poder e carácter ativo, o que destoa das representações da mulher delicada e fraca. O corpo em trabalho de parto é um corpo forte capaz de suportar e recuperar do nascimento de um bebé, podendo ser encarado como um corpo ameaçador e que, por isso, tem de ser controlado (Cohen Shabot, 2016).

A violência obstétrica, portanto, pode ser vista como uma ferramenta profundamente enraizada na estrutura patriarcal¹⁷ (Bourdieu, 1998) para controlar e subjugar o corpo feminino durante o trabalho de parto. Nesse contexto, o corpo da mulher, que durante o parto pode simbolizar a liberdade e a autonomia frente às imposições sociais e culturais do patriarcado, passa a ser alvo de intervenções violentas. A violência obstétrica não se constitui apenas como uma expressão de controle médico sobre o processo natural do nascimento, mas também um mecanismo de controle de gênero, o que pode refletir uma tentativa de reafirmar a dominação masculina (Bourdieu, 1998) sobre a feminilidade, que, nesse momento de vulnerabilidade e poder, simultaneamente desafia e contesta a alienação histórica e social imposta às mulheres (Butler, 1990).

A violência obstétrica consiste, assim, numa interseção de violência de saúde e de violência de gênero (Simões, 2023). Este tipo de violência encontra origem principalmente na forma como a mulher é percebida nas sociedades patriarcais ocidentais, tornando-se um fenómeno profundamente marcado pelo gênero. As representações sociais enraizadas na sociedade heteropatriarcal – um sistema sociocultural onde a heterossexualidade normativa e o patriarcado estão interligados para estruturar relações de poder – reforçam a ideia da mulher como objeto de controle, sobretudo no contexto da saúde reprodutiva, onde a sua autonomia é frequentemente subordinada à autoridade médica e às normas institucionais. Dessa forma, os atores sociais que não se enquadram nos quadros normativos patriarcais – incluindo mulheres e pessoas de gênero diverso – são especialmente suscetíveis à violência obstétrica (Simonovic, 2019). Assim, as normas patriarcais são reiteradas e perpetuadas dentro do sistema de saúde (Connell, 1987) validando uma prática que desconsidera a autonomia e os direitos das parturientes e contribuindo para a continuidade de dinâmicas de controle e subordinação.

Posto isto, para sintetizar o conjunto de maus-tratos passíveis de se desenvolverem durante o trabalho de parto, Bohren e colegas (2015), através de uma revisão sistemática de evidências qualitativas e quantitativas, apresentaram uma tipologia dos maus-tratos infligidos às mulheres durante o parto, adaptada na tabela 1.

¹⁷ O Conselho da Europa considera que o patriarcado está enraizado na cultura médica, sendo isso ocultado e ignorado, o que gera violência obstétrica (Blondin, 2019).

Tabela 1. Tipologia de maus-tratos a mulheres durante o parto.

Tema de Terceira Ordem	Tema de Segunda Ordem	Tema de Primeira Ordem
Abuso físico	Uso de força	Mulheres espancadas, esbofeteadas, pontapeadas ou beliscadas.
	Restrição física	Mulheres fisicamente restritas à cama ou maca.
Abuso sexual	Abuso sexual	Abuso sexual ou violação.
Abuso verbal	Linguagem rude	Linguagem rude, comentários julgadores ou acusatórios.
	Ameaças e culpabilização	Ameaças de recusa de tratamento ou maus resultados; Culpar por possíveis consequências.
Estigma e discriminação	Discriminação com base em características sociodemográficas	Discriminação baseada em etnia, raça, religião, idade, status socioeconômico.
	Discriminação com base em condições médicas	Doentes com HIV discriminadas.
Falha em atender padrões profissionais de cuidado	Ausência de consentimento informado e confidencialidade	Ausência do processo de consentimento informado; Violações de confidencialidade.
	Exames físicos e procedimentos	Exames vaginais dolorosos; Recusa em fornecer alívio da dor; Realização de operações cirúrgicas sem consentimento.
	Negligência e abandono	Negligência, abandono ou longos atrasos; Ausência de atendimento qualificado.
Má relação entre mulheres e prestadores de serviço	Comunicação ineficaz	Pouca comunicação; Desconsideração das preocupações das mulheres; Problemas de linguagem e interpretação.
	Ausência de cuidado de apoio	Ausência de cuidado de apoio por parte dos profissionais de saúde; Negação ou ausência de acompanhantes.
	Perda de autonomia	Mulheres tratadas como participantes passivas; Negação de alimentos, líquidos ou mobilidade; Falta de respeito pelas posições pretendidas; Negação de práticas seguras; Objetificação das mulheres; Detenção em instalações.

Condições e restrições do sistema de saúde	Falta de recursos	Ausência de privacidade; Limitação e escassez de recursos humanos; Escassez de recursos materiais.
	Falta de políticas	Ausência de reparação de erros.
	Cultura assistencial	Suborno e extorsão; Estruturas de taxas pouco claras; Pedidos irracionais a mulheres por parte dos profissionais de saúde.

Fonte: Tradução e adaptação de Bohren et al. (2015).

Esses maus-tratos podem conduzir a experiências traumáticas para as mulheres, podendo desenvolver condições patológicas, como é exemplo a depressão pós-parto (Kitzinger, 2006). A sensação de descontrolo sobre o seu próprio corpo e processo de nascimento pode conduzir a um estado de profunda angústia, ansiedade e alienação¹⁸.

A Ordem dos Médicos nega a existência de violência obstétrica na realidade portuguesa, invocando a redução das taxas de mortalidade materna e mortalidade perinatal (Ordem dos Médicos, 2021). Contudo, é importante frisar que as taxas de mortalidade materno-infantil têm vindo a aumentar em Portugal nos últimos anos. Pintassilgo, Neves e Santos (2022) analisaram a evolução da taxa de mortalidade materna em Portugal e concluíram que a mesma aumentou consideravelmente nos últimos anos até 2020 – com um valor de 15,1 óbitos maternos por 100 000 nados-vivos, no último quinquénio, face a um máximo de 6,2 por 100 000 no quinquénio anterior. Os autores apresentaram ainda fundamento para contrapor a ideia de que este aumento da mortalidade materna em Portugal pode em parte ser justificado pelo adiamento do calendário da fecundidade. Isto porque, comparando com o contexto europeu, com países como a Espanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo e Suíça, que apresentam as idades médias no nascimento dos filhos mais elevadas – em todos superior a 32 anos face aos 31,4 anos de Portugal – esses valores não conduziram a um aumento da taxa de mortalidade materna em períodos quinquenais ao longo de 25 anos. Porém, verifica-se um cenário inverso em Portugal, que apresenta uma idade média das mães no nascimento dos filhos inferior à dos referidos países, mas uma taxa de mortalidade materna muito superior no último quinquénio – 15,1

¹⁸ Kitzinger (2006) utiliza o termo “birth crisis” (crise de nascimento), que se refere a esse estado traumático.

óbitos maternos por 100 000 nados-vivos; face aos 2,7 de Espanha; 2,0 da Irlanda; 2,9 da Itália; 8,1 do Luxemburgo; e 4,0 da Suíça (Pintassilgo et al., 2022).

Independentemente da evidência científica que tem vindo a ser apresentada e do aumento dos relatos de parturientes sobre as suas experiências, a violência obstétrica, por se tratar de uma violência institucional (Minayo, 2020), é normalizada dentro do contexto hospitalar e médico, muitas vezes justificada através de um modelo de paternalismo clínico (Negrão, 2024). Esta normalização é reforçada por representações sociais que legitimam o poder médico, validando práticas que, embora paternalistas, são vistas como necessárias para o bem-estar da parturiente e do bebé. Essa institucionalização e paternalismo clínico, aliados às lacunas nas infraestruturas, à formação dos profissionais de saúde e à própria construção social dos géneros (Egan et al., 2016), são os recursos necessários para o exercício do poder (Weber, 2004) por parte dos profissionais de saúde no atendimento de gestantes e parturientes. Esse poder manifesta-se na imposição de práticas e decisões, onde as mulheres tendem a obedecer a essa dominação legitimada e baseada num dever socialmente construído de obediência e numa confiança institucionalizada na autoridade médica.

É ainda relevante notar que os próprios profissionais de saúde podem ser vítimas de violência obstétrica, uma vez que estão inseridos nesse sistema que perpetua práticas violentas (Sadler et al., 2016). A violência obstétrica, frequentemente representada como um fenómeno que afeta exclusivamente as gestantes e parturientes, também reflete as condições em que os profissionais de saúde atuam, sendo muitas vezes eles próprios pressionados por estruturas institucionais e normas que reforçam práticas desumanizadoras. Assim, essa forma de violência não é apenas um problema individual, mas sim um problema de perpetuação sistémica, enraizado nas normas, hierarquias e dinâmicas de poder dentro do sistema de saúde (Sadler et al., 2016).

Nesse sentido, a violência obstétrica pode afetar todos os intervenientes no processo do parto de forma mais ou menos inconsciente, podendo também ser praticada de uma forma mais ou menos voluntária (Liese et al., 2021), isto porque se trata de uma violência estrutural (de género e institucional) e não diretamente comportamental, podendo os profissionais de saúde perpetuar inconscientemente uma estrutura pré-existente que é ela própria violenta (Cohen Shabot, 2016). As práticas hospitalares são internalizadas pelos profissionais – *habitus* (Bourdieu, 1998, 2004) –, que operam dentro de um sistema médico tecnocrático (Davis-Floyd, 2001). Esse *habitus* médico molda o comportamento dos profissionais, que, mais ou menos inconscientes, acabam por reproduzir práticas que são percebidas como abusivas ou desrespeitosas pelas parturientes.

Nesse sentido, Bohren e colegas (2015) concluíram que, embora as várias formas de maus-tratos no parto se viabilizem na interação entre a mulher e o profissional de saúde, existe uma variedade de falhas sistêmicas complexas ao nível da unidade de saúde e/ou do sistema de saúde que contribuem para a ocorrência de situações representadas como violência obstétrica, o que pode incluir estruturas de supervisão deficientes, profissionais de saúde insuficientes, cultura das unidades de saúde e dinâmicas de poder. Por exemplo, uma parturiente pode sentir que a sua privacidade foi violada numa sala de partos sem cortinas ou divisórias que permitam aos profissionais de saúde e às parturientes a privacidade necessária durante certos procedimentos. Ou, a escassez de profissionais de saúde pode significar uma assistência menos focada a cada mulher durante o parto, o que pode ser sentido diretamente pelas parturientes como negligência (Bohren et al., 2015). Esses e outros fatores podem, por sua vez, conduzir a frustrações por parte dos profissionais de saúde que não têm as condições de trabalho que desejariam para prestar serviços de assistência de qualidade, o que pode potenciar novos tipos de violência obstétrica.

Em conclusão, a violência obstétrica é um problema social sistémico que está profundamente enraizado nas dinâmicas de poder e na burocracia médica. Trata-se de uma consequência do poder excessivo da autoridade médica hegemónica e da presença persistente de representações sociais que reforçam a submissão das mulheres em contextos de saúde (Cohen Shabot, 2016). A omnipresença da violência contra as mulheres em diversas esferas sociais contribui para normalizar atitudes e práticas que desconsideram a autonomia e os direitos das parturientes, perpetuando comportamentos abusivos sob o pretexto de cuidados médicos. Assim, a violência obstétrica revela-se não apenas como uma questão de práticas clínicas inadequadas, mas como um reflexo das desigualdades de género e das representações sociais que sustentam o controlo sobre os corpos das mulheres.

É deste modo que a violência obstétrica, enraizada nas relações desiguais de poder e na estrutura hierárquica da assistência em contexto hospitalar, pode conduzir muitas mulheres a reconsiderarem as suas opções de parto. Para evitar experiências de desumanização e falta de autonomia, algumas gestantes podem optar pelo parto em casa, procurando um ambiente onde possam exercer maior autonomia sobre seus corpos e sobre as suas escolhas. O parto em casa, nesse contexto, emerge como uma alternativa à assistência hospitalar tecnocrática, permitindo que as mulheres vivenciem o nascimento de forma menos intervencionista e num espaço onde o respeito pelas suas decisões e o seu protagonismo são valorizados.

Capítulo 6 – Parto em casa

Nos últimos anos em Portugal, testemunhámos transformações notáveis nas preferências das mulheres em relação ao local do parto, verificando-se um número crescente de parturientes a optar por experiências mais intimistas e personalizadas na sua própria casa (Pintassilgo et al., 2023). Este fenómeno desafia a norma institucionalizada e questiona representações sociais profundamente enraizadas que associam o parto seguro ao ambiente hospitalar e ao controlo médico. Ao mesmo tempo, suscita questões sobre as influências culturais e sociais e sobre a confiança das mulheres no sistema de saúde. Esta mudança revela um novo paradigma nas expectativas em relação ao parto em Portugal, onde as mulheres procuram maior protagonismo e autonomia, favorecendo representações do parto como um processo natural e centrado na experiência da mulher, em vez de um evento médico.

A tendência de optar pelo parto em casa em Portugal não ocorre de forma isolada, mas reflete mudanças globais nas preferências e experiências de parto. Embora essa escolha ainda seja controversa em muitos contextos, reflete um movimento mais amplo de reivindicação de poder e de controlo sobre o corpo e a saúde reprodutiva. Estudos sociológicos em diversos contextos têm explorado as dinâmicas em torno da escolha do local de parto (Galková et al., 2022; Hendrix et al., 2009; Kitzinger, 2005), sendo crucial situar o fenómeno português dentro desse quadro mais amplo (Pintassilgo et al., 2023).

Em Portugal, ainda não é possível contabilizar o número de partos que ocorreram no domicílio de forma planeada, visto que as estatísticas oficiais apenas reportam o local de nascimento real e não o planeado. Ou seja, um parto que foi planeado para um contexto hospitalar que ocorreu acidentalmente em casa será registado como parto no domicílio, enquanto um parto planeado para ocorrer em contexto domiciliário que posteriormente foi transferido para o hospital será registado como parto no hospital (Santos, 2019). Ao reportarem apenas o local de nascimento final, as estatísticas oficiais ignoram um importante aspeto da autonomia reprodutiva das mulheres e das famílias que optam por partos em casa. Ou seja, ao não distinguirem partos em casa planeados de emergenciais, as estatísticas reforçam uma narrativa de risco associada ao parto fora do hospital, que perpetua um modelo de cuidado obstétrico centrado na medicalização e na intervenção, e marginaliza outras formas de assistência ao nascimento. Pelo que, e atendendo ao já visto acima, a incapacidade de contabilizar estatisticamente os partos no domicílio planeados não é apenas uma falha administrativa, mas um reflexo de dinâmicas de poder que privilegiam determinados saberes e práticas sobre o nascimento em detrimento de outros, revelando as tensões entre a

institucionalização do parto e as escolhas individuais no contexto das sociedades contemporâneas.

6.1 Tendências globais

Estudos internacionais têm identificado diversos fatores que influenciam as escolhas das mulheres em relação ao parto, incluindo representações sociais, crenças pessoais, experiências hospitalares anteriores e a qualidade da assistência oferecida pelos sistemas de saúde, identificando-se uma ressurgência do interesse no parto em casa em muitos países ocidentais (Kitzinger, 2005). No entanto, apesar dos avanços consideráveis, existe ainda uma lacuna significativa de estudos que se reportem especificamente às dinâmicas sociológicas do parto em casa em Portugal.

Nos países ocidentais, uma grande parte dos partos registados refere-se a gestações que não apresentam fatores de risco associados, o que sugere uma tendência predominante de gestações consideradas saudáveis (World Health Organization, 2023). No entanto, apesar da ausência de complicações ou fatores de risco significativos durante a gestação, o momento do parto continua a ser amplamente representado como um evento crítico, tanto para a saúde e bem-estar da mulher quanto para a do bebé (World Health Organization, 2018). Por essa razão, nos últimos anos, o tema do parto em casa tem vindo a adquirir crescente atenção e debate, não só entre os profissionais de saúde, mas também no meio académico e entre o público em geral. Este aumento na discussão reflete uma série de preocupações e interesses relacionados com o direito das mulheres à escolha do local de parto, o papel da intervenção médica durante o nascimento e as implicações sociais e culturais de se optar por um parto fora do ambiente hospitalar. Consequentemente, as várias perspetivas sobre o parto em casa têm conduzido a questões importantes sobre o equilíbrio entre a segurança médica e a autonomia pessoal, contribuindo para um debate cada vez mais presente nas sociedades contemporâneas (Gottfredsdottir et al., 2015).

A OMS (World Health Organization, 1997) e a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO, 2021) aceitam o parto em casa planeado em gestações de risco habitual desde que assistidos por profissionais especialistas em saúde materna e obstétrica. O que pode sugerir um reposicionamento da medicina: ao invés de se constituir fonte de poder e controlo sobre o nascimento, a medicina começa a desempenhar um papel de suporte à autonomia das mulheres.

O debate acerca do parto em casa gera discórdia tanto no público em geral como entre os profissionais e especialistas. Segundo Galková e colegas (2022), este problema tem por base a divisão entre os países da União Europeia: por um lado, uma proibição total, como é o caso da República Checa e da Eslovénia onde as parteiras não estão autorizadas a trabalhar fora das instalações hospitalares; por outro lado, algo completamente comum, como nos casos dos Países Baixos e da Dinamarca, onde o parto em casa é uma prática consolidada, apoiada por políticas de saúde que reconhecem a autonomia da mulher durante o processo de parto.

Nos Países Baixos, as parturientes de baixo risco são classificadas nos cuidados primários (em contexto domiciliar), sendo que, caso exista indício de complicação, a paciente é encaminhada para os cuidados secundários (especializados). Nesta última hipótese, os cuidados hospitalares prestados à mãe traduzem-se numa “alta hospitalar” muito precoce da parturiente e do bebé após o nascimento, o que pode justificar a elevada proporção de partos em casa (Galková et al., 2022; Hendrix et al., 2009). A Dinamarca tem uma situação semelhante, sendo que se segue aos Países Baixos nos países com maior proporção de partos no domicílio (Galková et al., 2022).

À exceção dos Países Baixos, onde o valor ronda os 16%, todos os países da União Europeia apresentam uma proporção de partos em casa de cerca de 1% ou menos do total de partos. Os países com menor proporção de partos em casa são a Polónia, com cerca de 120 partos em casa por ano e a Itália (0,1%). O valor mediano (excluindo os Países Baixos e a Polónia) dos partos em casa na EU é de 0.3% (Galková et al., 2022). Em suma, os partos no domicílio representam uma minoria no panorama da Europa, quer tenham financiamento público ou não, sendo uma prática que desafia os sistemas e, por isso, um dos obstáculos mais relevantes à medicalização do parto (Santos, 2019).

Em Portugal, o parto no domicílio ainda não é legislado, o que pode ser um dos fatores a contribuir para o facto de a percentagem deste tipo de partos em Portugal ser tão reduzida¹⁹. A proporção de nados-vivos por local de nascimento em Portugal revelou taxas muito baixas de nascimentos no domicílio durante várias décadas. De 1995 a 2020, a proporção de nascimentos no domicílio foi sempre inferior a 1%, exceto em três anos - no início deste período, em 1995 e 1996 e, mais recentemente, em 2020 (Pintasilgo et al., 2023).

Em 2020, a proporção de partos em casa cresceu em relação aos anos anteriores, representando 1,3% do total de nascidos vivos. O contexto pandémico e as restrições impostas

¹⁹ Existem outros fatores, provavelmente mais relevantes, para a não opção pelo parto em casa em Portugal, o que se evidencia na análise do panorama internacional: em outros países onde o parto em casa é legislado, também se verificam taxas muito baixas referentes a este tipo de parto.

pelas autoridades de saúde no contexto do parto nos hospitais (públicos e privados) poderão ter sido alguns dos fatores explicativos para este aumento (Barata et al., 2020). Ainda assim, os nascimentos no domicílio foram inferiores ao número de nados-vivos ocorridos noutros locais (1,6%), tendo a maioria dos nascimentos (97,1%) ocorrido no hospital (Pintassilgo et al., 2023).

Análises mais profundas acerca do local de nascimento, tanto em Portugal como na União Europeia, revelam-se muito difíceis, visto que existe uma falha muito significativa nas estatísticas sobre os partos que ocorrem fora das instalações hospitalares (Galková et al., 2022). Esta invisibilidade estatística dificulta uma avaliação rigorosa sobre os resultados de saúde dos partos em contexto não hospitalar, limitando a capacidade dos sistemas de saúde de regular essas práticas. Conforme discutido por Foucault (1989, 2004), a biopolítica regula os corpos através da institucionalização de práticas de saúde, pelo que, nesta perspetiva, a invisibilidade estatística pode constituir-se como uma forma de controlo que ignora alternativas ao paradigma biomédico dominante. Assim, são poucos os estudos sobre partos em casa que têm alcance suficiente para analisar as taxas de mortalidade associadas ao local de nascimento, de que é exemplo o estudo de Jonge et al. (2009), que o fez baseado em registos nos Países Baixos, e no qual se concluiu que, em gestações de baixo risco, os partos em casa assistidos por parteiras têm resultados similares aos partos no hospital.

6.2 Desafios e benefícios

A escolha pelo parto em casa nos dias de hoje está relacionada com um processo crítico e reflexivo sobre os modelos de assistência obstétrica e uma reconstrução de uma postura autónoma (Sanfelice & Shimo, 2015). Ao estudar a temática do parto em casa em Portugal, é importante explorar as representações sociais e os desafios percebidos pelas gestantes que optam por essa modalidade.

A perceção do risco (Beck, 2010) associado ao parto em casa pode constituir-se como um fator que dificulta significativamente a decisão pelo local de parto. Nas sociedades ocidentais, onde o parto no hospital se tornou a norma, a perceção de segurança está fortemente relacionada com o acesso imediato a intervenções médicas e tecnologia. Essa representação social sustenta uma perceção de que o parto fora do ambiente hospitalar, mesmo quando supervisionado por profissionais de saúde, pode colocar em risco a vida da mãe e do bebé, reforçando uma visão tecnocrática do nascimento (Rothman, 1991). A perceção do risco para

duas gestantes em situações de saúde e gravidez semelhantes poderá ser diferente, sendo que varia segundo a informação disponível, mas também segundo experiências anteriores e crenças pessoais e culturais sobre a saúde e o parto. A percepção do risco transcende uma análise puramente racional e técnica, sendo fortemente influenciada por dinâmicas sociais, culturais e institucionais. Essas dinâmicas frequentemente dificultam a decisão pelo parto em casa, mesmo quando as condições de saúde da gestante são favoráveis a essa escolha.

O estigma social (Goffman, 1981) pode representar um desafio significativo para as gestantes que optam pelo parto em casa. A falta de informação e regulamentação que ainda se verifica atualmente em Portugal, sobre essa opção de parto, pode gerar desaprovação ou julgamento para as gestantes que fazem essa escolha. Esse estigma social não apenas afeta a percepção pública, mas também pode influenciar as relações pessoais e profissionais das gestantes. Muitas mulheres enfrentam a desaprovação de familiares, amigos e até mesmo de profissionais de saúde, o que gera uma pressão significativa para se conformarem ao padrão hospitalar (Ferraz, 2016).

Face a pressões sociais, críticas, estigmatização e ao risco moral na opção pelo parto em casa (Viisainen, 2000), para não serem julgadas por parte da comunidade ou até mesmo por parte de profissionais de saúde, as gestantes controlam a exposição pública da sua escolha de parto (Santos, 2012). Esse comportamento reflete a necessidade de gerir a impressão social (Goffman, 2014), revelando como as ações e escolhas individuais são, muitas vezes, moldadas pela preocupação com a forma como serão percebidas pelos outros. As mulheres que optam pelo parto em casa, ao anteciparem a desaprovação de membros da comunidade, familiares ou até mesmo de profissionais de saúde, tendem a selecionar com cuidado as audiências com quem compartilham essa decisão. Esse controlo tem como objetivo minimizar o estigma e as críticas, protegendo-se de possíveis julgamentos morais (conf. Goffman, 2014) que possam questionar a sua responsabilidade enquanto mães. No fundo, essa apresenta-se como uma forma de gestão do risco moral, onde a mulher considera não apenas os riscos físicos e médicos do parto, mas também as consequências sociais de ser associada a uma representação de irresponsabilidade ou de desrespeito perante a autoridade médica.

Por outro lado, é também importante perceber quais os benefícios que são associados a este tipo de parto. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e as gestantes é um fator determinante para garantir uma experiência positiva e segura durante o parto (Cajão, 2023). Uma relação de confiança e compreensão entre a gestante e os profissionais de saúde envolvidos, pode reduzir a ansiedade e aumentar a sensação de segurança da mulher. Por exemplo, a relação estabelecida com parteiras que acompanham o parto em casa tende a ser

mais íntima e personalizada, permitindo um cuidado mais próximo e focado nas necessidades individuais da gestante. Esse cenário contrasta com o ambiente hospitalar, onde os cuidados podem ser mais padronizados devido à rotina e às normas institucionais. Quando os profissionais de saúde conseguem transmitir informações de forma clara e empática, e quando as gestantes se sentem ouvidas e compreendidas, o processo de parir torna-se mais seguro e satisfatório (Cajão, 2023).

Para as gestantes que optam pelo parto em casa, a sensação de controle e autonomia caracteriza-se como um benefício significativo desta modalidade (Fox & Worts, 1999). O ambiente familiar e a possibilidade de tomarem decisões mais ativas durante o processo de parto contribuem para essa sensação. Ao contrário de outros ambientes de parto, o contexto da própria casa oferece a possibilidade de personalizar o ambiente especificamente para o parto, escolhendo elementos que façam a parturiente sentir-se o mais confortável possível; permite ainda escolher quem acompanha a gestante, tendo na sua presença pessoas de confiança que possam contribuir para um maior conforto no processo – as parteiras constroem fortes laços com as famílias para as quais prestam cuidados, desenvolvendo intimidade e confiança com a parturiente (Sjöblom et al., 2015). Possibilita ainda uma liberdade de posições e movimentos, sendo mais provável que as gestantes se possam mover livremente, experimentar diferentes posições e encontrar a que lhes é mais confortável – a liberdade de movimentos pode aumentar o espaço possível na pelve, facilitando a descida do bebé (Negrão, 2024); e, ainda, participar ativamente nas decisões, tendo voz ativa na gestão da dor, utilização de práticas intervencionistas e outras escolhas relacionadas com o parto.

Ainda no que se refere à presença de pessoas de confiança, no parto em casa surge a possibilidade de ter o pai presente e ativo durante o trabalho de parto, o que acarreta benefícios físicos e psicológicos significativos, tanto para a mãe quanto para o pai e o recém-nascido (Rothman, 1991). Neste contexto, pode existir um reforço do sentimento de partilha de responsabilidades, bem como um fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe, pai e bebé (Lupton, 2013), visto que ambos os progenitores experienciam diretamente o nascimento, em vez de apenas observarem. Aqui, o pai pode assumir tarefas práticas, como apoiar fisicamente a mãe nas posições de parto ou ajudar a manter o ambiente tranquilo.

Boucher e colegas (2009) destacam a confiança no processo corporal e fisiológico do parto como fator de decisão pelo parto em casa. Existe uma crença entre algumas mulheres de que o corpo é capaz de realizar o processo de parto de forma natural e que a interferência necessária é mínima. O parto em casa pode ser representado como uma forma de respeitar a fisiologia natural do parto e permitir que o corpo da mulher guie o processo. A confiança no corpo e na

fisiologia do parto reflete uma visão mais holística do nascimento, que não o trata como uma emergência médica em potencial, mas como um processo natural da vida, onde o bem-estar emocional e físico da mulher é priorizado. As intervenções e tecnologias médicas desnecessárias são possíveis mecanismos de controlo de parto (Martin, 2003), pelo que o parto em casa fomenta o combate a essas intervenções, podendo constituir-se, por aí, como um fator fulcral na tomada de decisão pelo local de parto.

Mesmo a dor, que por si só detém uma conotação social negativa, pode constituir-se como um aspeto positivo do parto em casa. A dor no parto é uma resposta fisiológica decorrente, sobretudo, das contrações uterinas (Lowe, 2002). A dor poderá ser representada por algumas mulheres como um processo positivo, “por ser natural e permitir uma integral vivência da experiência de parir” (Santos, 2012, p. 15). Essa abordagem permite que a mulher experimente o parto de forma mais consciente e ativa, interpretando a dor como um sinal de progresso no trabalho de parto, e não como algo a ser imediatamente eliminado. Ou seja, no parto em casa, a dor pode ser ressignificada como parte natural e essencial do processo fisiológico, um elemento que aproxima a mulher da sua experiência corporal e emocional, contribuindo para a sensação de controlo e protagonismo, ao contrário da dor provocada por intervenção médica, com a qual se estabelece uma relação polarizada. Mesmo os mecanismos de alívio da dor, utilizados em contexto hospitalar, começam a ter uma representação menos positiva, como a epidural, que poderá ser entendida por algumas pessoas como que falsificando a verdadeira experiência de parto (Santos, 2012). Ao reconhecer a dor como algo esperado e natural, muitas mulheres no parto em casa optam por métodos de alívio não farmacológicos.

Existem várias opções para o alívio da dor no parto em casa²⁰ que podem ser consideradas pelas mulheres que têm uma conotação mais positiva, tais como: massagens nas costas, que relaxam os músculos dorsais, proporcionando alívio da sensação dolorosa; visualização e atenção na própria respiração, o que pode ajudar a reduzir a ansiedade e a sensação de dor durante o trabalho de parto; apoio do acompanhante, que oferece suporte emocional e prático; ambiente tranquilo com luz suave, música escolhida pela gestante ou até mesmo silêncio; privacidade e respeito pelos desejos da mulher, que pode contribuir para o alívio da dor; aplicação de calor local, como compressas quentes, bolsas de sementes ou bolsas de água quente, na região lombar ou abaixo da barriga; chuveiro com água morna, que pode ser um aliado no alívio da dor, ajudando a mulher a lidar com as contrações; mobilidade e a

²⁰ Essas opções para o alívio da dor também podem ser usadas no hospital, contudo, devido à estrutura e normas rígidas hospitalares, tais opções podem não ser viáveis.

possibilidade de a mulher se manter ativa e em movimento, como caminhar, sentar-se no cadeirão ou fazer exercícios de pilates, o que pode diminuir a dor e reduzir a necessidade de outras intervenções (Cluett et al., 2018; Lawrence et al., 2013).

A percepção de uma recuperação mais tranquila e personalizada no ambiente familiar pode também ser um aspeto positivo relevante. Em casa, a gestante pode descansar e recuperar do processo de parto no seu próprio ritmo. O pós-parto imediato no ambiente familiar permite que a família participe ativamente nos cuidados com o bebé e da recuperação da mãe. A recuperação em casa proporciona uma transição mais fluida para a maternidade, permitindo um maior foco nas necessidades específicas da mãe e do bebé, em contraste com a rigidez dos protocolos hospitalares padronizados (Rothman, 1991). Estar em casa facilita a construção de um espaço seguro e familiar, onde a mulher pode iniciar seu processo de adaptação à maternidade sem interrupções frequentes, promovendo um contato mais imediato e prolongado com o bebé. O acompanhamento contínuo de uma doula pode, também, ajudar na primeira fase de relação com o bebé, para além de oferecer suporte emocional e físico à progenitora, algo muito necessário nessa fase (World Health Organization, 1999). Explorar como as gestantes percebem a influência do ambiente domiciliar na recuperação pós-parto e como isso pode contrastar com a experiência hospitalar contribuirá para a compreensão da abordagem mais holística do parto e do parto em casa.

6.3 Perfil sociodemográfico da população fecunda

Entender o perfil sociodemográfico das mulheres que escolhem o parto em casa em Portugal é crucial para contextualizar as decisões individuais e identificar padrões significativos. Fatores como a idade, nível educacional, classe social, estado civil e local de residência, são fatores decisivos na tomada de decisão. Contudo, é importante distinguir duas formas de abordar o perfil sociodemográficos das mulheres que têm partos em casa²¹: analisar as características gerais de todas as mulheres e identificar quais são as que têm maior tendência para optar por partos em casa²²; e/ou focar especificamente nas características das mulheres

²¹ Esta distinção é fundamental, visto que as conclusões podem parecer contraditórias caso não se especifique qual abordagem foi adotada.

²² Neste caso, a população feminina é analisada como um todo e identifica-se que fatores sociodemográficos aumentam ou diminuem a probabilidade de alguém escolher o domicílio para local de parto.

que já escolheram o parto em casa²³. Nesse sentido e focando na primeira abordagem, denota-se que estudos anteriores relatam que diferentes perfis associados à maternidade, como idade, escolaridade e estado civil, estão associados a diferentes perfis de assistência (Hildingsson et al., 2010; Pintassilgo, 2014; Pintassilgo & Carvalho, 2017).

A idade das mulheres é um fator significativo na tomada de decisão em relação ao parto em casa. Mulheres mais velhas podem ter preocupações adicionais relacionadas à segurança na gestação e no parto e optar por ambientes hospitalares, visto que este é representado como o local mais seguro para parir do ponto de vista moral (Oakley, 1984). Por outro lado, mulheres mais velhas também têm maior probabilidade de ter experienciado mais ocorrências hospitalares, o que pode conduzir a uma escolha de parto no domicílio caso tenham tido experiências com um carácter mais negativo. Mulheres mais jovens podem ser mais propensas a optar por um parto em casa, procurando experiências de parto mais personalizadas e menos medicalizadas.

O nível de escolaridade das gestantes desempenha um papel fundamental nas escolhas relacionadas com o parto. É expectável que mulheres com maior nível de escolaridade estejam mais propensas a procurar informações sobre opções de parto, questionar práticas institucionalizadas e valorizar a autonomia na decisão do local de nascimento, estando mais em linha com as recomendações da OMS. Os resultados indicam, por um lado, que estas mulheres têm um nível mais elevado de intervenções médicas e procedimentos e práticas mais uniformes. Isto está provavelmente relacionado com a perceção do risco e a ideia de que o capital intelectual e social permanece no modelo médico (Pintassilgo & Carvalho, 2017), na medida em que a autoridade, o conhecimento e o prestígio social estão concentrados no campo da medicina. E, portanto, as mulheres estão mais propensas a confiar nas práticas médicas e intervenções padronizadas devido à valorização desse conhecimento, em detrimento de abordagens alternativas ou complementares. Por outro lado, analisando os dados existentes segundo uma outra perspectiva, no que se refere ao parto em casa, do conjunto das mulheres que opta por esse local de parto, as mulheres com mais recursos educacionais (com ensino superior) assumem uma representatividade muito evidente e relevante (Pintassilgo, 2014).

A classe social desempenha um papel importante na tomada de decisões relacionadas com o parto, sendo que influencia fatores como acesso a informação, recursos financeiros e valores culturais. Mulheres de classes sociais mais elevadas podem ter mais facilidade em ter acesso a serviços de parteiras no domicílio ou escolher ambientes mais personalizados para o parto.

²³ Neste caso, a análise é restringida a um grupo sociodemográfico específico.

Por outro lado, mulheres de classes sociais menos favorecidas podem depender mais do sistema de saúde público, o que pode influenciar as suas escolhas em direção a ambientes hospitalares. Em Portugal, uma pequena proporção das mulheres, sobretudo caracterizada por um estatuto socioeconómico associado à detenção de mais recursos protagoniza opções diferenciadas e procura formas alternativas de assistência e locais de nascimento, face ao modelo dominante (Pintassilgo & Carvalho, 2017).

O estado civil e a estrutura familiar também podem desempenhar um papel na escolha do parto em casa, pelo que é também pertinente compreender a dinâmica familiar e o contexto social em que a decisão é tomada. Mulheres que optam por essa modalidade tendem a pertencer a estruturas familiares que valorizam práticas alternativas de cuidados de saúde e apoiam a autonomia da gestante. Por outro lado, mulheres que não possuem apoio familiar e/ou de um parceiro podem tender a seguir a norma institucionalizada do parto no hospital.

O local de residência das gestantes é um fator relevante a ser considerado. Mulheres que vivem em áreas urbanas podem ter acesso a uma ampla variedade de cuidados de saúde, enquanto aquelas em áreas rurais, devido a possíveis dificuldades no acesso a serviços especializados, podem acabar por optar mais frequentemente pelo nascimento em contexto hospitalar dominante. No ano de 2020, no caso dos nascidos-vivos ocorridos em casa, a maior proporção situava-se no concelho de Lisboa, a capital, e em Sintra, concelho também pertencente à área metropolitana de Lisboa (Pintassilgo et al., 2023), onde a população é social e economicamente mais qualificada (INE, 2022).

A nacionalidade das mães também pode influenciar a escolha pelo parto em casa. Segundo Pintassilgo et al. (2023), em 2020 foi nos partos no domicílio que se registou a maior proporção de mulheres estrangeiras (cerca de 16%), ligeiramente acima da proporção registada nos partos hospitalares. As mulheres europeias surgiram como um dos grupos mais representados nos partos em casa, o que, em certa medida, pode ser explicado pelo facto de, em alguns países europeus, o parto no domicílio estar mais integrado na prestação global de cuidados de maternidade (Galková et al., 2022).

6.4 Relação com o sistema de saúde

A escolha pelo parto em casa em Portugal está também intrinsecamente ligada à relação que as gestantes estabelecem com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em termos de implicações legais, protocolos médicos e da sua comunicação com os profissionais de saúde. A insatisfação

com a despersonalização dos cuidados prestados institucionalmente, a sobrecarga dos hospitais e o paternalismo clínico (Negrão, 2024) são fatores que conduzem algumas mulheres a procurar alternativas mais humanizadas e centradas nas suas necessidades e autonomia. No entanto, essa decisão também é moldada por percepções de risco, acesso à informação e pelas circunstâncias individuais de cada mulher.

O enquadramento legal em torno do parto em casa desempenha um papel crucial na aceitação e prática dessa modalidade. Atualmente, ter ou assistir um parto no domicílio em Portugal é legal, ainda que não exista legislação que trate especificamente desta opção ou prática de parto. A Lei n.º15/2014 define genericamente que “cada utente dos serviços de saúde tem o direito de escolher os serviços e os prestadores de cuidados, de acordo com os recursos disponíveis”, mas, até à data, isto tem tido pouca ou nenhuma tradução prática na assistência ao parto em casa (Pintassilgo et al., 2023).

Ainda que não exista legislação que regule a prática, a mulher que opta pelo parto em casa geralmente é sujeita a uma avaliação cuidadosa dos riscos associados à sua gravidez para garantir que a gestação seja considerada de baixo risco para um parto no domicílio. O que pode envolver discussões com profissionais de saúde sobre o histórico médico da gestante, incluindo eventuais complicações em gestações anteriores, condições médicas pré-existentes e qualquer risco específico. Para além do histórico, é também avaliada a saúde geral atual da gestante, o que inclui a pressão arterial, os níveis de açúcar no sangue, a presença de infeções, entre outros (Cajão, 2023).

Por outro lado, é recomendável que as mulheres que optam por parir em casa mantenham contacto com o Serviço Nacional de Saúde, tendo em mente uma possível transferência para um hospital, em caso de complicações. Ao informarem os profissionais de saúde hospitalares sobre sua escolha de parto no domicílio, isso permite que os profissionais estejam preparados e cientes de que aquele parto vai acontecer, para que possam agir de forma mais rápida e eficaz em caso de complicações. É, assim, importante discutir previamente um plano de emergência com os profissionais de saúde, o que inclui detalhes sobre quando e como procurar assistência médica, quais os sinais de alerta a observar e como proceder em diferentes cenários (Cajão, 2023). Contudo, não existem diretrizes e apoio em Portugal para essa colaboração, e algumas famílias relatam que preferem não estabelecer essa articulação com o hospital com receio de represálias, caso seja efetivamente necessário proceder a uma transferência de casa para o hospital (Santos, 2012), o que pode condicionar a decisão das gestantes tanto sobre o local de parto, como sobre a manutenção de contacto com o hospital, no caso de optarem por um parto em casa.

O parto em casa geralmente envolve a manutenção de documentação e registros detalhados, garantindo a transparência e a continuidade dos cuidados de saúde. As parteiras ou outros profissionais de saúde que assistem o parto no domicílio geralmente mantêm um histórico clínico detalhado da gestante, incluindo informações sobre gestações anteriores, histórico obstétrico, condições médicas pré-existentes e qualquer outra informação relevante. Durante o trabalho de parto fazem-se anotações detalhadas sobre a assistência prestada, monitorizando sinais vitais da mãe, como a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, bem como a temperatura corporal, sendo que essa monitorização ajuda também a detetar quaisquer alterações ou complicações durante o trabalho de parto. Regista-se qualquer intervenção realizada pela parteira, para aliviar a dor ou tratar outras condições. E monitoriza-se e regista-se a evolução do trabalho de parto, o que inclui informações sobre a dilatação cervical, a posição do bebé, a frequência das contrações e quaisquer outras observações relevantes. Após o nascimento, são registadas informações sobre o recém-nascido incluindo: o peso, altura e outros detalhes relevantes, que são verificados logo após o nascimento e nos dias subsequentes. Também é comum registar informações relacionadas com a saúde da mãe no pós-parto, incluindo a recuperação física, a amamentação e qualquer outra questão que possa ser relevante para a saúde futura da mãe e do bebé (Cajão, 2023).

Em resumo, o parto em casa reflete uma procura por uma maior autonomia e controlo por parte da mulher sobre o seu próprio corpo e experiência do nascimento, onde se pretende resgatar a gestão de um processo pessoal e fisiológico que tendencialmente se constitui socialmente como um evento médico. Neste contexto, no domicílio, a mulher assume mais facilmente um papel ativo nas decisões do seu parto, no que se refere ao ambiente físico, a quem a acompanha, e de que forma o processo se desenvolve, pelo que esta prática reflete também uma crítica ao modo como a medicina moderna frequentemente aborda o corpo feminino: retira-lhe autonomia e impõe intervenções desnecessárias. Nesse sentido, o parto em casa ultrapassa a esfera pessoal, revelando-se um ato com significados sociais e políticos. É nesta reflexividade que se introduz a decisão pelo parto em casa, na medida em que se questiona o modelo hegemónico de parto no hospital e se procuram alternativas alinhadas com as necessidades e valores pessoais da parturiente, resgatando a sua agência e autonomia. O parto em casa tende a remeter, assim, para processos emancipatórios, de resgate da capacitação na gestão de um evento que se assume, para além de social, acima de tudo individual.

Nesse sentido, a escolha pelo parto em casa representa mais do que uma alternativa ao modelo hospitalar hegemónico. Num contexto em que as experiências e representações sociais do nascimento estão profundamente enraizadas na medicalização, o estudo sobre essa opção

alternativa permite compreender os fatores que impulsionam escolhas e consequências dessas decisões para as mulheres. Nesse sentido, este trabalho define objetivos que procuram investigar, de forma específica, porque motivos as mulheres escolhem o parto em casa, quais as representações sociais que estão na base dessa decisão e como essas escolhas impactam as suas experiências e percepções sobre o processo de nascimento.

No próximo capítulo, são expostos os objetivos que orientam esta investigação, sendo que se pretende estabelecer um quadro de análise que permita explorar as representações sociais sobre o parto, oferecendo uma compreensão aprofundada da dinâmica entre o local de parto, as experiências de autonomia, a procura por um nascimento humanizado e seguro e, claro, as representações sociais aí subjacentes.

Parte II – Representações sociais do nascimento: desenho da investigação

Capítulo 7 – Objetivos

O objetivo geral desta investigação constitui-se pela definição de representações sociais sobre o nascimento na visão de mulheres que experienciaram ou que planeiam um parto em casa, no âmbito da compreensão das percepções coletivas que influenciam as práticas e atitudes relativas a este evento. A noção de representações sociais, conforme o argumento de Moscovici (1961), refere-se a formas de conhecimento social partilhado, constituindo-se como sistemas de normas e valores construídos pelas sociedades no âmbito da categorização, interpretação e simplificação social (Pais, 1998; Trindade, 2020). Essas representações moldam a forma como os indivíduos e os grupos sociais percebem e vivenciam acontecimentos importantes, como o nascimento, influenciando práticas, expectativas e crenças sobre a gravidez, o parto e o pós-parto.

A seleção deste grupo específico de mulheres que experienciaram ou planeiam um parto em casa, no contexto da definição das representações sociais do nascimento, encontra-se justificada por diversas razões de natureza sociológica e metodológica. Estas mulheres desafiam o modelo biomédico dominante que privilegia o parto em ambiente hospitalar. Pelo que o estudo das suas representações permite captar concepções alternativas sobre o nascimento, a saúde e a autonomia, permitindo perceber de que forma as dinâmicas sociais podem moldar escolhas do nascimento. A opção pelo parto em casa pode refletir uma valorização da autonomia feminina e do empoderamento, sublinhando a rejeição de intervenções médicas consideradas desnecessárias e a confiança no corpo – o corpo como local de poder e resistência (Foucault, 1978) –, o que destaca como o parto em casa não se constitui apenas como uma decisão prática, mas também simbólica. Analisar os discursos dessas mulheres permite captar narrativas frequentemente sub-representadas na literatura sociológica e médica.

Este objetivo geral operacionaliza-se em três objetivos específicos, que estruturam a presente investigação. Em primeiro lugar, pretende-se definir as representações sociais acerca da gravidez, do parto e do pós-parto. Aqui, é importante destacar que estas fases da vida reprodutiva são profundamente influenciadas por normas culturais e valores que variam em diferentes contextos sociais, como diferentes estudos vêm evidenciando (Jordan & Davis-Floyd, 1992; Oakley, 1980).

Em segundo lugar, pretende-se definir as representações sociais acerca do parto em casa. O parto em casa, em muitos contextos, pode constituir-se como uma alternativa ao parto no hospital, estando associado a representações de autonomia e naturalidade. Essa opção pode,

também, enfrentar uma forte resistência por parte de um sistema de representações e do funcionamento do sistema de saúde, de forma mais ampla. Davis-Floyd (2004) destaca como as escolhas sobre o local do parto estão fortemente relacionadas com as representações sociais de risco, segurança e controlo do corpo feminino que se têm afirmado num contexto socio-temporal recente. Portanto, explorar estas representações sociais permite uma análise crítica das tensões entre práticas tradicionais e a medicalização contemporânea. Este foi o objetivo onde a investigação se focou mais intensamente.

Por fim, o terceiro objetivo específico constitui-se na análise do hiato entre representações sociais e práticas. Bourdieu (1972), reconhece que as representações sociais nem sempre refletem diretamente as práticas reais, uma vez que as experiências individuais podem variar face às normas e expectativas culturais. Este hiato pode ser especialmente relevante na análise do nascimento, já que as representações idealizadas da gravidez, do parto e do pós-parto podem contrastar com as vivências subjetivas das mulheres, que frequentemente envolvem uma complexa interação de desafios emocionais, físicos e sociais. Esta investigação visa, portanto, perceber como estas discrepâncias se manifestam nas experiências das mulheres e quais são as implicações para as suas escolhas e práticas.

Ao analisar estas representações sociais, espera-se mapear perceções acerca do nascimento, mas também contribuir para a compreensão das dinâmicas culturais e sociais que moldam estas representações. Neste contexto, é relevante considerar que o grupo de mulheres que opta pelo parto em casa se constitui como uma minoria, o que pode ou não significar que as suas representações sociais estão, em certa medida, desalinhadas das que prevalecem entre mulheres que seguem opções diferentes. Esse desalinhamento pode ocorrer de forma diferenciada ao longo do processo de nascimento, uma vez que as representações sociais tendem a ser reconfiguradas pela experiência vivida. Ou seja, as mulheres ajustam as suas representações com base nas suas experiências e vivências de parto, o que pode gerar um desfazamento entre as representações assumidas antes do nascimento e as práticas e escolhas efetivadas durante o processo.

Por outro lado, ao analisar mulheres que planejaram ou vivenciaram o parto em casa, esta investigação aborda representações que, não sendo dominantes no contexto atual (como evidencia a reduzida expressão quantitativa desta opção em Portugal), podem revelar um modelo de representações construído e assumido numa fase anterior ao nascimento. Este modelo, ao determinar escolhas específicas, reflete-se nas experiências vividas, que, por sua vez, podem reforçar as representações e a agência previamente estabelecidas. Desta forma, o diálogo entre representações e práticas ganha relevância, sublinhando a importância de

considerar metodologicamente mulheres em diferentes fases do processo de nascimento. Tal abordagem permite explorar como as representações sociais interagem com as experiências de parto, contribuindo para uma análise crítica das políticas de saúde reprodutiva e das práticas sociais associadas ao nascimento.

Estes objetivos refletem as questões centrais que se procurou investigar e orientam as escolhas metodológicas que se utilizaram para alcançar uma compreensão profunda e significativa das representações sociais e experiências das mulheres que optam pelo parto em casa. Para atender a esses objetivos, será necessário utilizar uma abordagem que permita captar a complexidade das decisões, as percepções de segurança e risco, bem como as dinâmicas sociais e culturais que influenciam essas escolhas. Neste sentido, no próximo capítulo, apresentaremos a metodologia adotada, o que inclui a justificação dos métodos de recolha e análise de dados, percebendo como abordagens qualitativas podem possibilitar uma imersão profunda no objeto de estudo, a definição das representações sociais das mulheres que experienciaram um parto em casa acerca do nascimento.

Capítulo 8 – Metodologia

A metodologia é uma parte crucial de qualquer investigação científica, sendo que desempenha um papel orientador de todo o processo de pesquisa. Sistematizar os métodos de investigação permite definir uma estrutura clara da recolha, análise e interpretação dos dados, assegurando que as etapas da investigação são conduzidas de forma rigorosa. Esse rigor garante, por sua vez, uma maior validade dos resultados obtidos, o que é essencial para a credibilidade científica ou para a replicabilidade da investigação (Bryman, 2016).

Nesse sentido, serão descritos e discutidos neste capítulo os métodos e técnicas adotados para a condução desta investigação, incluindo os critérios de seleção das técnicas de recolha de dados e estratégias de análise de dados que melhor se adequam à natureza dos objetivos desta pesquisa. Para tal, irão discutir-se as razões das escolhas metodológicas, o que inclui as vantagens e as limitações da implementação dos métodos adotados.

8.1 Métodos e técnicas

Face ao principal objetivo de compreender as representações das mulheres em relação ao parto em casa, optou-se por realizar uma investigação de natureza qualitativa. Os métodos qualitativos têm a capacidade de captar a profundidade e complexidade das interações sociais, bem como as perceções individuais, que são essenciais para o estudo de fenómenos como o nascimento. A investigação qualitativa foca-se na compreensão detalhada dos significados que os indivíduos atribuem às suas experiências e nas formas como essas experiências são moldadas por contextos sociais, culturais e históricos (Bryman, 2016).

Tendo em conta o objeto de estudo, a definição das representações sociais das mulheres acerca do parto em casa, é necessário adotar uma abordagem aprofundada das dinâmicas sociais e dos significados culturais que envolvem essa prática. A metodologia qualitativa revela-se sobretudo apropriada para a investigação de contextos nos quais as emoções, crenças e atitudes exercem um papel determinante na configuração das práticas sociais (Creswell, 2018). Assim, a abordagem qualitativa é a que mais se alinha com os objetivos desta investigação, sendo que permite explorar perceções subjetivas que não podem ser quantificadas ou reduzidas a simples variáveis numéricas (Bryman, 2016).

Por outro lado, a flexibilidade inerente à metodologia qualitativa permite que a investigação seja adaptada à medida que novas questões emergem durante o processo de

recolha de dados (Creswell, 2018). Esta característica é útil em estudos como este, onde as representações, práticas e experiências das participantes podem variar de forma significativa. Assim, através de uma análise indutiva, baseada nos dados recolhidos, é possível identificar padrões e temas emergentes (Bardin, 2014) que contribuam para uma compreensão mais profunda das dinâmicas em torno do parto em casa, adaptando os instrumentos de recolha de dados no decorrer da sua própria execução.

De entre as técnicas qualitativas que poderiam fazer face aos objetivos do estudo, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, que parecem ser bastante adequadas para investigações que procuram compreender os significados subjetivos atribuídos a fenómenos sociais (Kvale, 2007), como o caso do nascimento e, mais especificamente, do parto em casa. Esta técnica possibilita a recolha de dados detalhados diretamente das mulheres que optam por este tipo de parto. Permite, por sua vez, captar em profundidade as suas narrativas pessoais e a forma como estas são influenciadas pelas suas representações sociais, permitindo recolher os testemunhos e as interpretações dos interlocutores (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Para tal, elaborou-se previamente um guião no âmbito da estruturação das intervenções da investigadora no diálogo com as participantes, permitindo uma conversa estruturada, mas que ofereça a liberdade para explorar temas emergentes ao longo da entrevista conforme surgem questões ou reflexões inesperadas (Quivy & Campenhoudt, 1992). Esta técnica, onde as participantes guiam, em certa medida, a direção da entrevista, permite revelar assuntos ou questões que não estavam previamente previstos pela investigadora (Rubin & Rubin, 2005), o que é especialmente importante para investigações acerca de fenómenos ou práticas como o parto em casa, onde as experiências e representações sociais podem variar amplamente entre as participantes. Ou seja, o guião de entrevista foi elaborado com o objetivo de garantir que os principais temas de interesse para a investigação fossem abordados de forma consistente em todas as entrevistas. No entanto, a abordagem semiestruturada permite à investigadora adaptar-se às respostas e explorar mais profundamente tópicos que sejam particularmente relevantes para cada participante. Esta flexibilidade é uma das grandes vantagens das entrevistas semiestruturadas, pois permite que o processo de recolha de dados seja dinâmico, refletindo as especificidades de cada interação (Bryman, 2016).

Desta forma, o guião de entrevista foi concebido de modo a cobrir tópicos centrais como as motivações para o parto em casa, as influências sociais e culturais sobre essa decisão, e as experiências práticas antes, durante e após o nascimento. Esses tópicos foram selecionados com base na literatura existente sobre o tema, como os estudos sobre culturas de nascimento e os impactos da medicalização do parto (Davis-Floyd, 2004; Foucault, 1989; Jordan & Davis-

Floyd, 1992; Kitzinger, 2006; Oakley, 1980), bem como sobre as dinâmicas de poder entre as gestantes e parturientes e os profissionais de saúde (Davis-Floyd, 2004; Foucault, 1975, 1989; Kitzinger, 2005; Rich, 1995).

Optou-se por realizar entrevistas tanto online quanto presencialmente, assegurando flexibilidade no processo de recolha de dados de forma a permitir um acesso mais alargado a participantes de diferentes localizações geográficas. As entrevistas presenciais realizadas quando possível, proporcionam um ambiente mais natural e pessoal, permitindo à investigadora captar mais facilmente sinais não verbais. Permitem ainda desenvolver uma interação mais próxima com as participantes, potenciando uma relação de confiança que pode conduzir a uma partilha de informações mais detalhadas e pessoais (Opdenakker, 2006).

Por outro lado, as entrevistas online, por meio de videoconferência, oferecem a vantagem de reduzir o impacto de barreiras logísticas na interação com as participantes, o que destaca a capacidade das plataformas digitais em facilitar o acesso, por parte da investigadora, a populações de difícil acesso geográfico (Opdenakker, 2006; Salmons, 2016). Esta abordagem híbrida de conduzir entrevistas reflete a necessidade de adaptar o método de recolha de dados às circunstâncias práticas das participantes, oferecendo conveniência e, ao mesmo tempo, garantindo uma interação mais direta e imersiva sempre que possível, nos casos em que as entrevistas ocorreram presencialmente.

Em suma, a escolha de uma abordagem qualitativa para esta investigação justifica-se pela sua capacidade de captar a complexidade das representações e práticas sociais, oferecendo uma visão detalhada e contextualizada das experiências das mulheres em relação ao parto em casa. Esta abordagem permitiu, assim, explorar não apenas as motivações individuais, mas também as influências culturais e sociais que moldam essas escolhas e práticas. A utilização de entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guião flexível, permitiu que esta investigação aprofundasse as representações das mulheres sobre o parto em casa, captando em profundidade tanto os aspetos previstos quanto os emergentes das suas narrativas.

8.2 Seleção de participantes e recolha de dados

Num primeiro momento, o critério principal de seleção das participantes foi terem experienciado, no mínimo, um parto em casa. Este critério permitiu focar a investigação em mulheres com vivências concretas sobre o parto em casa, proporcionando relatos detalhados das suas representações, práticas e experiências. Isto porque a decisão pelo parto em casa,

como prática alternativa ao modelo hospitalar dominante (Davis-Floyd, 2004), pode constituir-se como um reflexo de como as representações sociais de risco, humanização e autonomia influenciam a tomada de decisões acerca do nascimento.

Num segundo momento, a seleção de participantes foi expandida para incluir mulheres que ainda não tiveram uma experiência de parto, mas que planeiam parir em casa. Com efeito, o guião de entrevista foi reformulado para a condução desta segunda fase. Esta decisão visou captar as expectativas e representações sociais de mulheres que ainda se encontram no processo de planificação do parto, oferecendo uma perspetiva sobre como os seus valores e representações se formam antes da experiência concreta. Segundo Bourdieu (1972), as disposições culturais e o *habitus* desempenham um papel crucial na formação de representações, expectativas e práticas, sendo essencial investigar como estas mulheres constroem essa sua ação social sobre o parto em casa, relacionando com as influências sociais, os discursos médicos e as suas próprias redes de apoio.

Através do discurso das entrevistadas, na primeira fase de entrevistas, foi possível verificar que o parto se constitui como um processo que tem uma componente de incorporação da própria experiência, o que se traduz na dificuldade de as entrevistadas se desvincularem da mesma na sua narrativa e à dificuldade de falar em representações sociais sem fazer referência a essa incorporação da experiência. E, portanto, a decisão de entrevistar mulheres que ainda não pariram prende-se com o interesse de aceder a mais representações sociais e a outras formas de falar sobre elas. Ainda, passar pela experiência de um parto em casa pode constituir-se como um ponto de viragem, a partir do qual muitas dinâmicas, valores e crenças se transformam e a pessoa não consegue em pouco tempo discernir, avaliar e refletir sobre tudo o que mudou. E, portanto, pode também ter dificuldade em voltar às representações de uma forma imediata, porque a experiência de parto fica muito presente e sobressai perante outras dimensões.

Posto isto, este segundo momento de recolha de dados constituiu-se como uma mais-valia para a investigação, porque foram entrevistadas mulheres com experiências diferentes e em fases diferentes da sua vida em relação ao nascimento. Ao longo da realização das entrevistas na primeira fase, foi possível verificar que a experiência de parto é bastante impactante para as mulheres. Ter já passado – ou não – pela experiência do parto pode constituir-se como mais influente para a construção de representações sociais do que outras características, como a idade. Ou seja, o objetivo deste segundo momento não era tanto o de desenvolver uma comparação entre mulheres que já passaram pela experiência do nascimento e mulheres que ainda não foram mães, mas sim englobar relatos de participantes em várias

fases do seu ciclo reprodutivo, que contribuem para o conjunto de representações que queremos analisar, ainda que possa, claro, existir alguma comparação pertinente. Em suma, o efeito que se pretende com a realização de novas entrevistas a mulheres, com base noutro critério de seleção, é um efeito cumulativo e não comparativo, que acrescenta riqueza àquilo que são os discursos sobre as representações sociais.

Ao entrevistar mulheres que ainda se encontram na fase de planificação do nascimento, torna-se possível identificar como as suas expectativas podem, ou não, alinhar-se com as experiências efetivas de quem já passou por essa prática, o que pode possibilitar uma nova perspetiva para a análise do hiato entre representações sociais e práticas.

Os guiões desenvolvidos para ambos os momentos de entrevistas, que se encontram em anexo neste trabalho, foram elaborados de uma forma estruturada que permitiu percorrer cronologicamente três fases do processo de nascimento: a gravidez, o parto e o pós-parto. Inicialmente, procede-se a uma explicação detalhada sobre o propósito da entrevista, clarificando as suas dinâmicas e os seus objetivos. Seguidamente, inicia-se o guião propriamente dito, começando por questões introdutórias de caracterização sociodemográfica das participantes. O guião avança para uma fase onde o foco são as representações sociais e práticas associadas à gravidez, onde se explora perceções, comportamentos e experiências vivenciadas durante esse período do nascimento. Na fase seguinte, dedicada ao parto, são introduzidas questões específicas relacionadas com o parto em casa, aprofundando as vivências, opiniões e significados atribuídos a esta experiência particular. Esta especificidade estende-se à terceira fase, que aborda as representações do período do pós-parto, considerando as práticas e reflexões das participantes nesse momento de transição para a maternidade. Finalmente, o guião oferece um espaço aberto para que as participantes possam, livremente, introduzir temas da sua escolha, levantar questões ou partilhar qualquer outro aspeto que considerem relevante.

As participantes foram selecionadas através de um grupo na rede social online Facebook dedicado ao tema. Esta decisão justifica-se pela capacidade de as redes sociais permitirem o desenvolvimento de comunidades de apoio e partilha entre mulheres que se identificam com práticas alternativas de parto. O uso de redes sociais para recrutar participantes permitiu ainda aceder a um grupo socialmente heterogéneo de mulheres. O grupo em questão constitui-se como uma rede de apoio e informação para quem já teve ou planeia ter um parto em casa em Portugal, sendo um grupo com cerca de 1100 membros, mulheres, homens e profissionais de saúde. O objetivo da sua existência é possibilitar interações que potenciem a interajuda e

informação acerca do assunto. São ainda partilhados eventos sobre o tema, outras redes de apoio disponíveis e listas de profissionais de saúde que se dedicam a este tipo de parto.

Portanto, os critérios de seleção de participantes foram desenhados de forma a permitir uma compreensão mais ampla das representações e práticas em torno do parto em casa, incluindo tanto as experiências concretas como as expectativas projetadas, abordando uma diversidade de perspetivas no âmbito dos objetivos desta investigação. Numa primeira fase, os critérios de inclusão consideraram: mulheres a residir em Portugal, com experiência de pelo menos um parto em casa há não mais do que 2 anos (no âmbito de evitar possíveis desvios de memória nas respostas). Numa segunda fase, os critérios de inclusão centraram-se em: mulheres a residir em Portugal, grávidas ou a planear uma gravidez e que planeiem um parto em casa para a gravidez atual.

Com isto, esta pesquisa não pretende ser estatisticamente representativa. Ainda assim, foi desenhada de forma a assegurar uma diversidade social significativa no contexto das participantes. A representatividade estatística, típica de estudos quantitativos, visa generalizar os resultados para uma população mais ampla, o que não é o objetivo desta investigação qualitativa. Em vez disso, o foco está na compreensão profunda das experiências e representações das mulheres que optaram ou planeiam optar pelo parto em casa. Estudos qualitativos como este priorizam a complexidade dos dados e a capacidade de explorar a complexidade das perceções individuais e coletivas, ao invés da representatividade numérica (Bryman, 2016).

Nos dois momentos da recolha de dados foram entrevistadas mulheres de diferentes faixas etárias, classes sociais, origens culturais, situações ocupacionais, níveis de escolaridade e regiões de Portugal. Foi dada especial atenção à diversidade regional e à situação escolar das participantes, de forma a captar a variedade de contextos sociodemográficos e culturais que influenciam as escolhas relacionadas com o parto em casa. A diversidade regional é importante para compreender como as diferentes tradições ou o acesso aos serviços de saúde locais podem afetar as perceções das mulheres sobre o parto. A educação desempenha um papel crucial na forma como as mulheres acedem à informação, interpretam os riscos e fazem escolhas informadas sobre o parto. Como sugerido por Bourdieu (1986), o capital cultural, que inclui o nível de escolaridade, influencia as disposições e práticas dos indivíduos, sendo relevante explorar como mulheres de diferentes níveis educacionais percebem e experienciam o parto em casa. Mulheres com uma maior escolaridade podem ter mais acesso a recursos de informação e redes de apoio, enquanto aquelas com menor escolaridade podem enfrentar desafios diferentes ao negociar as suas escolhas no sistema de saúde.

É de notar que todas as participantes deste estudo possuem nacionalidade portuguesa, à exceção de uma participante de nacionalidade ucraniana²⁴. Tendo em conta esta circunstância, a entrevista com a referida participante foi conduzida em língua inglesa, para garantir maior conforto e fluidez na comunicação. Posteriormente, a transcrição da entrevista foi traduzida para a língua portuguesa, assegurando a precisão e a fidelidade ao conteúdo original.

A tabela 2 apresenta uma caracterização das participantes deste estudo, sintetizando informações sobre a região de residência, o contexto geográfico (rural ou urbano) e o nível de escolaridade. A amostra é composta por 24 mulheres, distribuídas por diversas regiões de Portugal continental e ilhas, abrangendo tanto áreas urbanas quanto rurais. Esta diversidade geográfica permite captar as especificidades socioculturais de cada contexto. Em termos de escolaridade, as participantes possuem níveis que variam desde o ensino básico até ao doutoramento, o que assegura uma abordagem inclusiva e diversificada das suas experiências e representações sociais. Esta caracterização enriquece a análise, permitindo uma observação detalhada das dinâmicas culturais e sociais subjacentes às escolhas e vivências das participantes.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica das participantes.

Participante	Região	Área (rural/urbana)	Nível de escolaridade
Alice	Évora	Rural	Ensino secundário
Fernanda	Beja	Rural	Mestrado
Maria	Viseu	Urbana	Mestrado
Clara	Porto	Urbana	Licenciatura
Filipa	Lisboa	Urbana	Licenciatura
Isabel	Madeira	Rural	Mestrado
Alexandra	Aveiro	Urbana	Ensino básico
Beatriz	Santarém	Rural	Ensino secundário

²⁴ Esta última reside em Portugal desde o início do conflito armado na Ucrânia, contexto que motivou a sua deslocação para o país para junto de família que já se encontrava em Portugal.

Bárbara	Guarda	Urbana	Licenciatura
Diana	Leiria	Urbana	Licenciatura
Lúcia	Braga	Rural	Mestrado
Laura	Leiria	Urbana	Ensino secundário
Mafalda	Lisboa	Urbana	Mestrado
Nicole	Porto	Rural	Mestrado (doutoranda)
Paula	Lisboa	Urbana	Mestrado
Sara	Beja	Urbana	Licenciatura
Liliana	Coimbra	Urbana	Mestrado
Francisca	Setúbal	Urbana	Ensino secundário
Dora	Aveiro	Urbana	Mestrado
Gabriela	Setúbal	Urbana	Licenciatura
Jéssica	Porto	Rural	Licenciatura
Esmeralda	Faro	Rural	Ensino secundário
Anabela	Lisboa	Urbana	Licenciatura
Matilde	Coimbra	Rural	Ensino secundário

As entrevistas tiveram uma duração, em média, de cerca de 50 minutos, sendo que foram realizadas em dois períodos: nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2023, e em março e abril de 2024. Esta abordagem temporal permite não só a recolha de dados num intervalo mais amplo, mas também a possibilidade de captar potenciais mudanças nas perceções e práticas das entrevistadas ao longo do tempo. A recolha de dados em momentos diferentes pode revelar dinâmicas sociais e culturais em transformação, permitindo identificar variações nas influências externas que possam ter impactado as representações e as decisões sobre o parto em casa.

Os dados recolhidos nesta investigação foram analisados através de uma análise temática, um método amplamente utilizado em estudos qualitativos para identificar, analisar e definir padrões ou temas recorrentes nas respostas das participantes. A análise temática permite que a investigadora explore de forma sistemática as ideias centrais emergentes nos dados, organizando-as em categorias que simplificam a compreensão das representações e experiências das participantes (Braun & Clarke, 2006). Esta abordagem é particularmente útil em investigações que procuram perceber as representações e significados atribuídos a fenómenos sociais complexos, como o parto em casa, onde surgem frequentemente múltiplas perceções complexas e múltiplas interpretações.

8.3 Análise de Dados

Para facilitar a organização e o tratamento dos dados qualitativos, recorreu-se à utilização do software MAXQDA, uma ferramenta desenvolvida no âmbito da análise deste tipo de dados. Este software revelou-se útil para a gestão eficiente de grandes volumes de informação, proporcionando à investigadora uma abordagem sistemática e estruturada no manuseamento dos dados. A codificação realizada através do MAXQDA possibilitou a identificação e a subsequente agregação de temas emergentes, promovendo uma organização coerente da informação, o que, por sua vez, facilitou a formulação de respostas alinhadas com os objetivos propostos para a presente investigação.

Através da análise de conteúdo apoiada por este software, foi possível destacar padrões recorrentes nas respostas das participantes, bem como explorar variações e discrepâncias, que podem refletir diferentes contextos sociais e culturais. Este processo de codificação temática seguiu uma abordagem maioritariamente indutiva, ou seja, os temas foram emergindo diretamente dos dados, em vez de serem impostos a priori pela investigadora (Bardin, 2014). Este tipo de análise indutiva é crucial para captar a diversidade das representações e práticas das participantes, uma vez que permite à investigadora manter-se isenta de restrições às múltiplas interpretações que podem surgir durante o processo de análise²⁵, pelo que se pode constituir como a mais adequada, embora não exclusiva, para aquilo que é a análise de representações sociais (Esteves, 1998).

²⁵ É evidente que nenhuma abordagem é totalmente indutiva (ou totalmente dedutiva), pois, em determinado momento, torna-se indispensável recorrer à teoria para definir as categorias de análise aplicadas aos dados empíricos.

O software MAXQDA também facilitou a análise detalhada das respostas, permitindo a visualização de padrões e a criação de mapas temáticos que ilustram as conexões entre diferentes códigos e temas. A capacidade de estruturar esses dados de forma visual e interativa ajudou a identificar não apenas os temas prevalentes, mas também as nuances e as exceções que contribuem para uma compreensão mais profunda das práticas e representações das participantes.

Assim, a combinação da análise temática com o uso do software MAXQDA permitiu explorar e aprofundar os dados qualitativos, garantindo que os padrões mais significativos fossem identificados e que a complexidade das respostas das participantes fosse respeitada e analisada de forma sistemática.

Posto isto, as categorias de análise e, conseqüentemente, a análise de resultados organizaram-se e emergiram segundo a estrutura exposta da tabela abaixo. A tabela 3 organiza as principais dimensões e categorias que estruturam a análise das representações sociais relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto neste estudo. Estas dimensões desdobram-se em subdimensões e categorias específicas, refletindo os múltiplos aspetos que influenciam a experiência e as percepções das participantes. Na dimensão “Representações sociais da gravidez”, destacam-se temas como a maternidade e o planeamento familiar. Já nas “Representações sociais do parto”, observa-se uma divisão entre o contexto hospitalar, onde se exploram questões como medicalização, padronização, intervenções médicas, consentimento e autonomia, e o contexto do parto em casa, que enfatiza aspetos como a rede de apoio, humanização, autonomia, riscos, medos, expectativas e realidade. Por fim, a dimensão “Representações sociais do pós-parto” aborda a relação entre parto e pós-parto, a importância da informação e o suporte disponível. Esta sistematização permite compreender a complexidade das representações sociais, considerando diferentes etapas e contextos associados à experiência da maternidade.

Tabela 3. Dimensões e categorias de análise de dados.

Dimensão	Subdimensão	Categoria
Representações sociais da gravidez		Maternidade
		Planeamento Familiar

Representações sociais do parto	Hospital	Medicalização
		Padronização
		Intervenções médicas
		Consentimento
		Autonomia
	Casa	Rede de apoio
		Humanização
		Autonomia
		Riscos
		Medos
Representações sociais do pós-parto	Expectativas	
	Realidade	
	Relação parto e pós-parto	
		Informação
		Suporte

8.4 Ética e gestão de dados

Existiu sempre uma conduta ética intrínseca a todos momentos e tarefas da presente investigação, nomeadamente no que toca à informação recolhida e disseminada, na medida em que o projeto se rege pelos valores ético-morais básicos para a sociedade contemporânea (do conhecimento).

Para garantir a participação informada e voluntária, foi obtido consentimento informado de todas as participantes antes do início das entrevistas. O processo de consentimento incluiu a entrega de um documento explicativo, no qual foram detalhados os objetivos e o propósito do estudo, a estrutura e duração das entrevistas, bem como os direitos das participantes,

incluindo o direito a recusar participar e a remover o seu consentimento, no decorrer da pesquisa. Este documento explicitava que a participação era inteiramente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificação ou prejuízo para a participante. O termo de consentimento foi assinado após as participantes confirmarem a sua compreensão das condições apresentadas e o seu acordo em colaborar. No caso das entrevistas online, a entrevista teve início apenas depois de cada participante consentir a participação e confirmar a sua compreensão das condições apresentadas, sendo que no final da entrevista cada participante devolveu o consentimento informado devidamente assinado.

A confidencialidade dos dados recolhidos foi assegurada por meio de várias estratégias. Em primeiro lugar, os nomes das participantes foram substituídos por pseudónimos escolhidos pelas próprias participantes no momento das entrevistas em todas as transcrições e documentos associados à pesquisa, e foram também removidas ou alteradas todas as referências a outras pessoas ou locais que permitissem uma identificação da pessoa entrevistada. Em segundo lugar, as gravações das entrevistas foram armazenadas em dispositivos digitais com acesso restrito apenas à investigadora. Em terceiro lugar, os dados foram processados e analisados de forma agregada, garantindo que as respostas individuais não pudessem ser diretamente relacionadas com as participantes.

A gestão de dados foi realizada de forma a garantir a sua integridade, confidencialidade e conformidade com as normas éticas e legais, incluindo o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Os dados recolhidos foram armazenados numa plataforma devidamente protegida por palavra-passe, com um sistema de controlo de acessos que impede qualquer acesso não autorizado. Após a conclusão do estudo, os dados serão mantidos em arquivo seguro durante cinco anos, sendo posteriormente eliminados.

É ainda importante referir que foi utilizada a Inteligência Artificial, nomeadamente o modelo ChatGPT, de forma pontual ao longo do desenvolvimento desta investigação, como ferramenta de apoio linguístico e de tradução.

Todas as tarefas do projeto foram conduzidas com um esforço crítico e reflexivo, garantindo a preservação da qualidade científica a que este se propõe. Doravante, todo o conhecimento adquirido será partilhado com o público potencialmente interessado sobre a temática do nascimento e das representações sociais.

Adicionalmente, este projeto contribui para os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sobretudo com o Princípio das Pessoas da Agenda 2030, com destaque para os seguintes objetivos:

- Objetivo 3: Saúde e Qualidade, ao promover o conhecimento sobre as representações sociais do nascimento.
- Objetivo 5: Igualdade de Género, ao promover o conhecimento sobre as representações sociais do nascimento, o que inclui situações de violência contra as mulheres, como a violência obstétrica.
- Objetivo 16: Paz, Justiça e Instituições Eficazes, ao promover o conhecimento sobre as representações sociais do nascimento, o que inclui representações de práticas médicas e hospitalares e institucionalização do parto.

Importa ainda referir que esta investigação foi submetida à avaliação e aprovação da Direção do curso de Doutoramento em Sociologia, no âmbito da unidade curricular de Seminário de Projeto de Investigação em Sociologia, que analisou detalhadamente os procedimentos propostos e garantiu a sua conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis.

Por último, e em síntese, esta pesquisa rege-se integralmente pelo código deontológico da Associação Portuguesa de Sociologia (APS), garantindo boas práticas na sociologia, na recolha de informação, nas relações profissionais, e na autoria e publicação de trabalhos.

8.5 Limitações da Pesquisa

A pesquisa qualitativa, embora rica em detalhes e profundidade, apresenta certas limitações que devem ser reconhecidas para uma avaliação crítica dos resultados. Uma das principais limitações deste tipo de investigação está relacionada com o número de participantes reduzido e não representativo, uma vez que o foco é a profundidade das representações e práticas, ao invés da generalização estatística para uma população mais ampla. Neste sentido, a investigação qualitativa visa captar a complexidade das perceções subjetivas, o que pode limitar a capacidade de testar hipóteses ou de extrapolar os resultados para outros contextos ou grupos sociais.

Outra característica importante é a subjetividade envolvida, tanto na recolha, quanto na análise dos dados. O processo de conduzir entrevistas semiestruturadas e interpretar respostas envolve inevitavelmente uma interação entre a investigadora e as participantes. Essa interação pode condicionar a própria resposta das participantes. Por exemplo, as entrevistadas podem subestimar ou exagerar as suas opiniões, ocultar crenças verdadeiras ou omitir detalhes importantes, resultando numa distorção dos resultados. Tal comportamento pode ser motivado

pela necessidade de se conformar a normas sociais, pelo desejo de evitar julgamento ou até pela tentativa de agradar à entrevistadora. Além disso, é importante considerar a influência das próprias perguntas formuladas no decorrer da entrevista, uma vez que a forma como são apresentadas também pode orientar o participante a responder de uma determinada forma. Para minimizar estes efeitos, é fundamental que a entrevistadora conduza a entrevista de forma rigorosa e desenvolva um ambiente de confiança, garantindo que as participantes se sintam à vontade para expressar as suas verdadeiras opiniões, sem receio de julgamentos ou outras consequências.

Por outro lado, a interpretação dos dados depende das perspectivas da investigadora, que, mesmo com a utilização de ferramentas como o software MAXQDA, deve fazer escolhas durante a codificação e análise dos temas emergentes. A subjetividade potencialmente inerente a essas escolhas deve ser reconhecida e refletida criticamente na análise dos resultados.

Além disso, a diversidade de modalidades nas entrevistas, realizadas tanto online como presencialmente, trouxe diferentes dinâmicas à recolha de dados. As entrevistas presenciais podem promover uma interação mais rica, mas estão condicionadas por fatores práticos, como a disponibilidade de tempo e o conforto das participantes. Por isso, realizaram-se também entrevistas online, que, embora convenientes, podem limitar a observação de sinais não verbais ou criar distâncias emocionais entre a investigadora e a entrevistada (Opdenakker, 2006). Pelo que estas variações nas modalidades de recolha foram consideradas na análise dos dados.

Adicionalmente, a escolha de um período específico para a realização das entrevistas (nos meses de janeiro a março de 2023 e de março a abril de 2024) pode ter introduzido variações temporais nas perceções das participantes. Questões relacionadas com a saúde pública, políticas de maternidade ou mudanças sociais durante este período podem ter impactado as representações sociais sobre o parto em casa, gerando resultados que refletem o contexto temporal e não necessariamente uma tendência estável ou generalizável. Essa variabilidade resultante das mudanças contextuais pode ser difícil de isolar, uma vez que os seus efeitos são frequentemente complexos e nem sempre facilmente identificáveis. Além disso, ao ocorrerem durante a recolha de dados, essas mudanças podem desenvolver discrepâncias nas respostas dos participantes ao longo do tempo, dificultando a comparação entre diferentes momentos da pesquisa.

Estas limitações, no entanto, não reduzem a validade da pesquisa, mas destacam a necessidade de uma leitura crítica e contextualizada dos resultados, reconhecendo os seus alcances e as suas fronteiras interpretativas.

Assim sendo, com base na metodologia apresentada, foi possível obter uma variedade de dados qualitativos que capturam a complexidade e riqueza das representações, práticas e experiências das mulheres que optam pelo parto em casa. Nos próximos capítulos, procedemos à análise desses resultados, examinando os principais temas emergentes à luz dos objetivos da pesquisa.

Parte III – Representações sociais do nascimento: análise de resultados

Capítulo 9 – Representações sociais da gravidez

A transição para a vida adulta pode ser enumerada cronologicamente pela conclusão do percurso escolar, inserção no mercado de trabalho, saída de casa dos pais, conjugalidade/casamento e parentalidade (Guerreiro et al., 2007), o que reflete respetivamente transições nos valores e representações sociais. Ainda que essa transição seja bastante variável entre indivíduos, segundo os contextos sociais em que se inserem, todos os processos referidos tornam-se cada vez mais reversíveis na modernidade (Guerreiro et al., 2007). A parentalidade é, talvez, o meio de transição mais difícil de reverter, pelo que a própria decisão que envolve a sua concretização se caracteriza por uma enorme complexidade.

A maternidade é um fenómeno multifacetado, moldado por fatores sociais, culturais e históricos (Beauvoir, 2015), constituindo-se de uma forma complexa a partir de um conjunto amplo de dimensões como a gravidez, o parto e o pós-parto. São múltiplas as razões para optar pela maternidade, sendo que a esta fase está subjacente um processo de reconstrução constante da identidade individual e coletiva e de escolhas que reforçam a identidade materna (Oakley, 2018).

9.1 Maternidade e planeamento familiar

A ideia de planeamento familiar surge de forma muito presente e intrínseca no discurso das entrevistadas quando começam a refletir sobre a sua experiência pessoal de descoberta da maternidade. Durante esse exercício retrospectivo, fica claro que as participantes transportam consigo um conjunto complexo e diferenciado de representações e expectativas sociais, que moldam a sua visão sobre o que significa ser mãe e pai. Esta conceção de planeamento familiar está relacionada com a decisão reflexiva sobre ter filhos, mas parece também relacionada com as influências da sociedade e cultura que permeiam e orientam as suas perceções e escolhas em torno da maternidade e da paternidade.

Desde mais nova, eu sempre quis ser mãe, então eu tinha acabado de casar e queríamos ter filhos. (Lúcia, 2 PC)²⁶

²⁶ A identificação das entrevistadas é acompanhada pelo número e locais dos partos das mesmas:

- PC – parto em casa;

Estávamos numa relação estável, fazia parte do nosso plano de vida e avançamos, basicamente foi isso. Era uma coisa que nós queríamos muito, tínhamos esse projeto sermos pais e sermos pais cedo. (Isabel, 1 PH e 1 PC)

Eu decidi em apostar em ter os filhos só depois do mestrado. Já era uma vontade minha ser mãe há mais tempo, mas também como me meti nessa aventura tive essa decisão de terminar primeiro e depois dedicar-me à maternidade. (Liliana, 1 PH e 1 PC)

A ideia de “sempre quis ser mãe” revela representações e expectativas sociais sobre a feminilidade e o papel da mulher na sociedade. Desde cedo, as mulheres são socializadas para considerarem a maternidade como parte essencial das suas identidades, pelo que a maternidade é tanto uma experiência pessoal quanto uma instituição social (Rich, 1995) que reflete normas e valores culturais. Este duplo enquadramento – enquanto vivência íntima e construção social – reforça o peso simbólico que a sociedade coloca sobre o papel de mãe na definição da identidade feminina, numa espécie de subjugação do papel da mulher (Bourdieu, 1998) à maternidade.

A frase “fazia parte do nosso plano de vida” reflete uma visão do planeamento familiar como parte de um projeto pessoal e conjugal, em que os indivíduos ou casais tomam decisões conscientes e informadas sobre a constituição da família. No caso de Isabel e do seu companheiro, a decisão de avançar com a parentalidade é construída em torno da perceção de estabilidade, o que reflete como o planeamento familiar pode ser significativamente moldado por normas e valores sociais. As expectativas e representações daquilo que é estabilidade financeira, emocional e conjugal podem ser cruciais na decisão pela parentalidade, o que reflete também influências culturais e sociais mais amplas. Assim, o discurso das participantes revela que o planeamento familiar se constitui como uma decisão pessoal e conjugal, mas é também moldado por expectativas sociais que definem as condições ideais para a parentalidade.

Em paralelo, a narrativa de Liliana exemplifica as transformações nas trajetórias de vida que caracterizam a modernidade tardia (Giddens, 1997), especialmente no que se refere à conciliação entre educação, carreira profissional e maternidade. Existe uma crescente individualização e conseqüentes mudanças nas expectativas sociais (Beck & Beck-Gernsheim, 2002; Giddens, 1997), onde a auto-realização pessoal e profissional precede o cumprimento

-
- PH – parto no hospital;
 - SP – sem partos (grávida, ou ainda não grávida, mas que planeia um parto em casa).

dos papéis tradicionais de gênero, como o de ser mãe. No fundo, a narrativa de Liliana sugere uma reconfiguração dos valores sociais que anteriormente colocavam a maternidade como central na identidade feminina.

Esta conciliação entre objetivos pessoais, como a realização de um mestrado no caso de Liliana, com a maternidade pode conduzir a adiamentos no calendário da fecundidade. Contudo, existem ainda outros fatores que podem contribuir significativamente para uma maternidade mais tardia. No conjunto das mulheres entrevistadas neste trabalho, encontram-se as que foram mães após os 35 anos de idade, sendo que duas das mesmas tiveram inclusive o primeiro filho já depois desse marco etário. Entre os motivos para o adiamento do calendário da fecundidade encontra-se a expectativa de encontrar aquela que consideram ser a pessoa ideal para partilhar a experiência da maternidade.

Apesar de ter tido relações longas com outras pessoas antes, não eram as pessoas certas. Poderá ter existido algum entrave onde eu posso ter dito que não estou preparada ou não é com esta pessoa. (Beatriz, 1 PH e 1 PC)

Porque ainda não tinha encontrado a pessoa certa. Eu conheci o meu marido e depois de um ano engravidei. (Esmeralda, 1 PC)

A ideia da “pessoa certa” que se lê nos excertos das participantes apresentados acima é uma construção cultural que reflete expectativas e representações sociais sobre a vida em casal. Essa representação de que existe uma pessoa ideal para cada sujeito social pode gerar pressões e conduzir à procura de uma compatibilidade total. Essas pressões podem influenciar a forma como as pessoas tomam decisões acerca dos seus relacionamentos, como o caso aqui abordado da decisão pela maternidade, que também pode ser influenciada, à luz da narrativa de Beatriz, pela preparação emocional, o que realça a importância da agência individual no contexto dos relacionamentos.

Beatriz menciona ter tido relações longas no passado, mas realça que essas relações não eram com as pessoas certas. Esta reflexão sugere uma percepção de que, apesar da duração, essas relações não atenderam às expectativas ou necessidades emocionais e pessoais da entrevistada.

A narrativa de Beatriz também sugere que a experiência em relações passadas tende a moldar representações, expectativas e comportamentos para relações futuras. A ênfase na preparação emocional e na escolha da “pessoa certa”, em detrimento da duração da relação,

evidencia uma representação, ainda que inconsciente, da necessidade de construir relações alinhadas com os valores e necessidades individuais e não às expectativas sociais de duração e estabilidade. Isso implica que a longevidade de uma relação não garante necessariamente a sua adequação ou sucesso para prosseguir para uma nova fase, a maternidade.

Assim, a decisão pela não maternidade, apesar de se encontrar numa relação de longa duração, o que por si só já pode gerar pressão para a parentalidade, pode ser interpretada como uma resistência às normas sociais, num exercício de autonomia individual.

Para além da procura pelo companheiro certo para a tomada de decisão da maternidade, existem ainda outros motivos que podem justificar uma maternidade tardia. O facto de pretenderem ter filhos com idades aproximadas, para que os mesmos tenham alguém com quem crescer, pode conduzir a uma maternidade numa fase mais tardia do período fértil:

Foi completamente planeado principalmente no caso do Tiago. Eu costumo usar a frase: nós temos o segundo para dar ao primeiro. (Nicole, 1 PH e 1PC)

Mas, entretanto, houve dois motivos que me levaram a engravidar novamente. Um, foi perceber que a terceira filha era muito distante dos outros e, portanto, ia crescer sozinha, e achei que era bom ela ter um irmão ou uma irmã mais ou menos da mesma geração. (Jéssica, 2 PH e 2 PC)

Os excertos apresentados destacam a importância conferida ao planeamento familiar consciente. No caso de Nicole, o nascimento de Tiago foi cuidadosamente planeado com a intenção de proporcionar companhia e suporte ao primeiro filho. Esta abordagem reflete uma visão a longo prazo sobre a dinâmica familiar e o bem-estar dos filhos. A decisão de ter mais um filho, indicada no segundo excerto, também foi cuidadosamente considerada, com o objetivo de evitar que a terceira filha crescesse sozinha devido à diferença de idade face aos irmãos mais velhos. Esta decisão revela um compromisso com o desenvolvimento de um ambiente familiar coeso e de suporte.

A proximidade etária entre irmãos é um fator central nas decisões de planeamento familiar no contexto desta amostra. É interessante perceber como se gere o tempo de calendário da fecundidade para assegurar descendências e paridades próximas. Esta preocupação revela a importância da dinâmica entre irmãos na configuração da família e a importância de facilitar a construção de laços fraternos mais fortes entre irmãos. Desta forma, a criação de coortes geracionais (Gilleard & Higgs, 2002) dentro da família pode promover a coesão familiar, pelo

que a narrativa das entrevistadas revela como as representações sobre a estrutura e coesão familiar podem moldar as decisões reprodutivas e um planeamento familiar que considera o futuro e bem-estar emocional e social dos filhos.

9.2 Noção social da gravidez

As expectativas e representações em relação à maternidade, influenciadas pelo contexto social em que a mulher se insere, podem influenciar a forma como se experiencia a fase de cada gravidez. Por outro lado, a gravidez representa um conjunto de transformações no corpo da mulher, sendo que cada corpo responde de forma diferente a essas mudanças. Assim, sendo uma experiência íntima e corporal, a gravidez é moldada por fatores biológicos, emocionais e sociais, sendo que a percepção dessa singularidade por parte das entrevistadas desafia qualquer generalização sobre a vivência da maternidade.

Eu acho que a gravidez é um percurso muito único, e que cada pessoa tem uma e que não há duas iguais. Mesmo que a mesma pessoa tenha mais que uma gravidez, elas não são iguais. E, portanto, para muitas pessoas é uma maravilha e corre super bem, e para outras nem por isso. E isto pode acontecer à mesma pessoa em gravidezes diferentes. E, portanto, acho que é uma coisa muito única e acho que a mesma pessoa não consegue repeti-la, a mesma experiência. (Fernanda, SP)

Bem, foi assim uma gravidez... foram gravidezes completamente diferentes, na realidade. Nessa primeira gravidez, (...) tive de começar a tomar injeções na barriga durante a gravidez. A nível emocional e físico foi difícil, foi uma gravidez difícil em todos os aspetos. Na segunda foi tudo mais tranquilo. Só já fiz o acompanhamento normal com o meu médico e tanto a nível físico como emocional foi super diferente, muito menos stressante. (Filipa, 1 PH e 1 PC)

Fernanda sublinha a ideia de que cada gravidez é uma experiência única, mesmo para a mesma pessoa, o que pode refletir uma representação sobre a forma como cada pessoa experiencia o seu corpo de forma diferente em diferentes contextos. Ao reconhecer que para algumas pessoas a gravidez “corre super bem” e para outras “nem por isso”, evidencia a pluralidade de experiências e desconstrói visões normativas e singulares da gravidez. Evidencia-se uma postura reflexiva característica da modernidade (Beck et al., 2000; Giddens, 1997). A

gravidez, nesse contexto, não é apenas um evento biológico, mas algo sobre o qual se reflete e se narra de forma subjetiva, moldada por fatores culturais, sociais e pessoais.

A representação de que cada gravidez é única pode também constituir-se como um reflexo da individualização (Beck & Beck-Gernsheim, 2002) das experiências nas sociedades modernas. Neste contexto, a gravidez é representada como algo que deve ser vivido e interpretado de forma individualizada, ao invés de uma experiência coletiva e padronizada.

Esta representação social da gravidez verifica-se no relato das práticas e experiências das participantes. Também a representação de Fernanda de que cada gravidez é uma experiência única, mesmo para a mesma pessoa, verifica-se na narrativa das participantes, como se evidencia acima no excerto de Filipa. A narrativa de Filipa aponta para duas experiências de gravidez distintas, sugerindo que cada vivência é singular e condicionada por fatores físicos, emocionais e sociais.

No discurso de várias participantes, a gravidez constitui-se como uma transição tão importante que a descrevem como um rito de passagem (van Gennep, 2014) para uma outra fase da vida, a que surge depois do parto, a maternidade. E, portanto, a narrativa das entrevistadas sugere que essa transição exige informação e preparação.

Acho que a gravidez é uma fase das nossas vidas, o início ou uma fase já da maternidade, e que deve ser um momento que nós dedicamos tempo. Depois também penso que a gravidez deve de ser um momento de preparação de uma nova etapa que inicia nas nossas vidas e é preciso ter tempo para isso. (Maria, 1 PC)

Essa preparação não envolve apenas os aspetos biológicos, envolve também uma compreensão mais ampla das dinâmicas sociais e emocionais envolvidas. Assim, a gravidez revela-se uma fase de preparação para as fases seguintes da maternidade, pelo que deve ser um período de dedicação e trabalho emocional nesse âmbito.

A representação de que a gravidez é um momento de preparação para “uma nova etapa” da vida sublinha como a gravidez pode ser encarada como forma de socialização para a maternidade, onde existe espaço de reflexão e adaptação a novos papéis sociais e construção de valores, representações e identidades. Evidencia-se a preparação da transição simbólica de mulher para mãe, que pode ser influenciada por normas culturais e expectativas sociais. Com efeito, este dever de preparação pode refletir pressões sociais para um papel de mãe idealizado, o que se pode constituir como parte do controlo social à mulher, no caso, que regula o comportamento das mulheres na gravidez e na maternidade, impondo representações de boa

mãe. Sendo que a sociedade desempenha um papel crucial ao moldar desde as normas médicas às representações sociais da gravidez e da maternidade.

Esta narrativa que evidencia uma representação social da gravidez como uma fase de preparação e dedicação, também sugere que as mulheres têm poder e responsabilidade na gravidez, evidenciando a agência das mulheres, em detrimento de uma passividade tradicional da mulher face à gravidez. O que revela a crescente conscientização sobre os aspetos físicos, emocionais e psicológicos da gravidez e maternidade.

Com efeito, observa-se uma tendência crescente para que a gravidez e a maternidade sejam experienciadas de forma planeada, o que se traduz numa procura cada vez maior de informação por parte das futuras mães. Essa preparação detalhada revela-se nos dados obtidos no âmbito da amostra deste estudo, onde é evidente o empenho das participantes em reunir recursos e informações que lhes permitam sentir-se mais preparadas e confiantes.

Eu para a altura até acho que estava bem informada, mas fui-me informando cada vez mais e quando estive grávida do mais novo, chegámos à conclusão de que queríamos um acompanhamento mais personalizado e procurámos uma doula. (Filipa, 1 PH e 1 PC)

Mas eu continuei à procura de informação durante toda a gravidez, noutros grupos de Facebook, depois com doulas, até que fiquei com a minha doula que me foi preparando ao longo do processo. (Esmeralda, 1 PC)

Do ponto de vista social existe, de facto, a tendência para uma maior preparação, uma maior reflexividade em torno dos processos do nascimento. Esta tendência pode constituir-se como um resultado de uma abordagem mais consciente, característica das sociedades contemporâneas (Beck et al., 2000), onde as escolhas relacionadas ao nascimento são moldadas por valores de autonomia.

Por outro lado, esta intensificação na procura de informação pode dever-se também à intensificação na institucionalização de normas obstétricas, conduzindo as mulheres a quererem estar bem informadas no âmbito de uma melhor capacidade de questionamento das normas e procedimentos médicos, visto que à priori já existem pressões sociais que as desencorajam a tal, como é exemplo as pressões de género (Bourdieu, 1998; Connell, 1987). Ainda assim, o acesso à informação e a capacidade de compreender e utilizar conhecimento irá variar de mãe para mãe, como uma forma de influência do capital cultural (Bourdieu, 1986).

Essas pressões de gênero também podem impor à mulher a responsabilidade de cuidar e proteger o feto (Joaquim, 2006; Lupton, 1994), o que pode conduzir a uma preparação mais detalhada de todo o processo de nascimento.

Algumas entrevistadas referem que, para além do tempo que deve ser dedicado a essa preparação, deve também existir tempo para aproveitar a própria gravidez, evidenciando uma representação social da gravidez como uma fase que deve ser usufruída. Essa perspectiva destaca a importância de a mulher não se focar apenas nos aspetos logísticos da preparação para a maternidade, mas também na valorização desse processo através, por exemplo, da minimização de outro tipo de preocupações, o que se atesta na experiência das participantes.

Então, a primeira foi muito atribulada, a trabalhar em dois sítios e a estudar à noite. Portanto, passou a voar. No segundo, para não cometer os erros do primeiro fiquei logo de baixa. Fiquei de baixa desde o início, aproveitei muito bem a gravidez (...).
(Gabriela, 1 PH e 2 PC)

A gravidez foi bastante boa. Estive a trabalhar durante os primeiros três meses da gravidez, e a partir desse momento fiquei de baixa e as coisas foram ótimas, até lá também, mas a minha situação laboral na altura não era de todo do meu agrado e não me permitia aproveitar a gravidez a cem por cento. E eu queria aproveitar, acho que devia isso a mim mesma. (Maria, 1 PC)

As condições sociais de Gabriela na primeira gravidez conduziram a que esta fase fosse vivida de forma apressada e stressante, sem oportunidade de aproveitar plenamente o processo, sendo que o acumular de responsabilidades resultou numa experiência atribulada. Por esse motivo, e considerando os desafios da primeira gravidez, a participante decidiu solicitar licença médica desde o início da segunda gravidez. Esta decisão traduz-se numa tentativa consciente de evitar os mesmos “erros” cometidos na primeira gravidez, que não lhe permitiram aproveitar ao máximo essa fase. Foi através de uma licença médica que a entrevistada usufruiu melhor dessa fase, que proporcionou um ambiente mais calmo e saudável.

É interessante perceber como a gravidez e a maternidade surgem como potenciadores de uma reflexão em torno do tempo individual, familiar e coletivo. Equaciona-se um tempo de paragem no trabalho durante o período de gravidez, de forma a uma vivência mais plena desse período. Essa mudança de atitude entre as duas gravidezes pode ser interpretada à luz das teorias sobre o papel do trabalho na vida das mulheres e a divisão entre o espaço público

(trabalho profissional) e o espaço privado (família) ou, colocando de outra forma, entre o trabalho produtivo e o trabalho reprodutivo (Fraser, 2013). Na segunda gravidez, ao priorizar a sua saúde e bem-estar, a entrevistada desafia as normas que valorizam o trabalho produtivo em detrimento do cuidado e da vivência plena da maternidade.

No discurso das participantes percebe-se que se recorre à cumplicidade e suporte da tecnologia e medicina modernas, que marcam presença nas decisões e respetiva validação quanto à gestão dos tempos da maternidade, a diferentes níveis. Ao optar por solicitar licença médica logo no início da gravidez, Gabriela e Maria demonstraram como o acesso às políticas de saúde e ao conhecimento médico permitiu que tomassem decisões mais informadas e planeadas, evitando o desgaste e, no caso de Gabriela, os erros cometidos na primeira gestação. Com efeito, evidenciam-se ferramentas da modernidade que podem facilitar uma gestão do tempo dos trabalhos produtivo e reprodutivo (Fraser, 2013).

Para estas entrevistadas é também durante a fase da gravidez que a decisão sobre o local de parto é tomada, ainda que em alguns casos já existissem algumas ideias anteriores. A decisão sobre o local de parto constitui-se como parte de um processo mais amplo que se tem aqui falado de preparação emocional e prática para o nascimento, pelo que as ideias iniciais sobre o local de parto podem ser ajustadas à medida que a mulher adquire mais informação e reflete sobre as suas representações, expectativas e necessidades, mas também sobre as condições sociais e serviços que tem ao seu dispor.

Uma entrevistada de nacionalidade ucraniana, grávida no momento da sua participação neste estudo, que teve o primeiro filho na Ucrânia e, agora a viver em Portugal, planeia o parto do seu segundo filho neste país, refere as poucas escolhas relativas ao parto em Portugal, comparando com as que tinha na Ucrânia.

Agora estamos a planear ter o segundo filho, por isso vejo que aqui, em Portugal, existem poucas escolhas (...). (Sara, 1 PC)

A narrativa de Sara evidencia como a globalização pode interferir na saúde (Woodward et al., 2001), revelando como os migrantes carregam consigo expectativas e representações sociais sobre o nascimento relativas aos seus países de origem. Essas expectativas podem não ser compatíveis com a realidade que encontram nos sistemas de saúde dos países de acolhimento, sendo que a comparação que a entrevistada estabelece entre a Ucrânia e Portugal sugere uma transição cultural e institucional complexa.

O capital cultural (Bourdieu, 1986) da entrevistada desenvolve uma percepção de escolhas limitadas nos cuidados de saúde em Portugal por comparação com a Ucrânia. A percepção de “poucas escolhas” em Portugal pode paradoxalmente derivar de um sistema de saúde que procura universalizar o acesso e, ao fazê-lo, limita a personalização dos cuidados de saúde, especialmente no contexto da medicalização do parto (Davis-Floyd, 2001; Foucault, 1975; Negrão, 2024), contrastando com sistemas que oferecem mais opções, mas, possivelmente, menos garantias de qualidade ou acessibilidade universal. Com efeito, implicitamente, a Sara critica essa padronização no sistema de saúde português, que não atende às necessidades individuais ou culturais específicas.

Também Alexandra comparou a assistência obstétrica de Portugal com a de outro país, no caso, com a de França, onde a participante trabalhava aquando da gravidez. Segundo o seu testemunho, essa comparação revelou diferenças significativas nos cuidados prestados em ambos os contextos.

Em relação ao acompanhamento cá em Portugal, o que eu digo é que ainda bem que eu fui para lá também, porque cá em Portugal achei muito pouco. Inclusive o sistema nacional de saúde aqui ainda não percebi bem como é que funciona, tendo em conta que aqui tem de se ir para o hospital até mesmo sem ser uma urgência e isso mete-me um bocado de confusão. (Alexandra, 1 PC)

O excerto reflete uma insatisfação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, que é representado como limitado no acompanhamento às mulheres durante a gravidez e o parto. A entrevistada compara a experiência em Portugal com a experiência em França, onde encontrou neste último uma assistência obstétrica mais adequada às suas necessidades. A crítica ao modelo português parece focar-se numa percepção de inflexibilidade e falta de personalização dos cuidados no contexto da gravidez e do parto. Quando a participante menciona a necessidade de ir ao hospital “mesmo sem ser uma urgência”, evidencia um modelo de assistência burocrático (Weber, 2022), que se caracteriza por protocolos rígidos de atendimento. A tendência para a centralização hospitalar, para além de desconsiderar as necessidades subjetivas das mulheres, pode justificar o sentimento de confusão que Alexandra refere com o funcionamento do SNS, que pode estar associado a uma representação de informação insuficiente quanto aos recursos disponíveis para as grávidas e parturientes.

Assim, na escolha pelo local de parto existem vários fatores que são tidos em conta, remetendo para decisões múltiplas. Os valores, representações e expectativas que

culturalmente estão associados a um local de parto são um fator crucial na decisão (Feyer et al., 2013), o que se revela no discurso das entrevistadas, no qual surge a importância dos elementos e das circunstâncias do meio envolvente, que poderão destacar-se como fundamentais para a escolha pelo local de parto.

São elementos importantes, as pessoas, a estrutura física do espaço que tu escolhes para parir, a tua conexão interna da forma como tu queres estar nesse parto, o que é importante para ti e os teus valores, reunir também um consenso a este nível. (Maria, 1 PC)

Maria destaca a importância tanto das pessoas envolvidas no parto quanto da estrutura física do espaço escolhido para parir. Isso sugere que o ambiente de parto é representado como um fator crucial que pode influenciar a própria experiência do parto. A entrevistada sugere que a forma como a mulher se sente internamente e os valores que ela considera importantes devem ser considerados e respeitados. Reunir consenso sobre esses valores também é mencionado, indicando a importância do alinhamento e compreensão entre todos os envolvidos no processo de parto.

Também nesta narrativa se evidencia a necessidade de considerar a agência das mulheres, que se manifesta na valorização de uma “conexão interna” e na decisão de seguir os próprios valores e sistemas de representações durante o parto.

Neste capítulo, evidenciou-se como a gravidez é representada como um momento inserido num plano de vida estruturado e consciente, que reflete uma ideia de parentalidade como projeto racional. Esta visão está relacionada com as transformações sociais contemporâneas que, conforme sugerem Beck e Beck-Gernsheim (2002), moldam as relações familiares e reprodutivas no contexto da modernidade reflexiva (Beck et al., 2000). Nesse enquadramento, as decisões relacionadas com a reprodução são mediadas por um conjunto de fatores económicos, emocionais e profissionais (para além de fatores biológicos), o que se reflete numa representação social do planeamento da gravidez como um processo reflexivo e de negociação na construção dos projetos de vida familiar.

Nesse sentido, a gravidez é também representada como uma fase da vida que requer preparação e disponibilidade de tempo, bem como acesso a informação e apoio adequado. As participantes destacaram a necessidade de planeamento e organização, sublinhando a importância de um acompanhamento personalizado que respeite as particularidades de cada mulher e de cada gravidez. Essa representação reflete uma crítica às práticas de padronização

que caracterizam o modelo hospitalar dominante, enfatizando a procura por experiências mais individualizadas e humanizadas no contexto da saúde reprodutiva.

Verificaram-se ainda representações sociais da gravidez que associam essa fase reprodutiva a uma experiência singular e irrepetível, em que cada gestação é vivida de forma única, mesmo para a mesma pessoa. Esta visão reforça a noção de que a gravidez, embora se constitua como um processo biológico, é também moldada por fatores subjetivos, emocionais e sociais. Onde as expectativas e a forma como se vivencia o processo são moldadas tanto pelas experiências anteriores quanto pelas condições contextuais e estruturais que envolvem cada gestação. Dada essa singularidade associada ao processo, as participantes destacam a fragilidade do sistema público de saúde em atender às demandas específicas das mulheres grávidas, evidenciando desigualdades estruturais no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal.

Por fim, quando equacionam o local de parto, as participantes ressaltam a importância de fatores não biomédicos, como o ambiente físico, o apoio emocional e a conexão interna da mulher com o processo. Com efeito, no capítulo que se segue, a análise avança para explorar como se constituem as representações sociais em torno do parto e de que forma se alinham ou entram em tensão com as práticas e experiências das participantes.

Capítulo 10 – Representações sociais do parto

10.1 No hospital

10.1.1 Medicalização do parto

Nas sociedades contemporâneas, como foi já referido, fatores como o desenvolvimento da obstetrícia e a percepção dos riscos inerentes à gestação e ao parto legitimam aquilo que é a intervenção médica e a institucionalização do parto (Viisainen, 2000), tornando-se o hospital o local de referência para o nascimento. A representação do hospital como único local legítimo para o parto está tão enraizada na sociedade que as mulheres podem não considerar outras opções, visto que podem nem chegar a iniciar um processo de reflexão sobre qual seria o ambiente de parto que melhor se ajustaria às suas representações sociais, preferências e expectativas.

Eu acho que da primeira vez eu estava muito desprovida de contacto comigo mesma, daquilo que seriam as minhas raízes e os meus valores, eu acho que entrei no sistema e permaneci no sistema e não tive oportunidade de refletir. Quando digo oportunidade é contactar com profissionais ou outras pessoas ou outros meios que me fizessem questionar quais é que eram os meus valores e as minhas conceções sociais sobre o parto. (Isabel, 1 PH e 1 PC)

Portanto, para mim o parto mais seguro seria um parto hospitalar e foi exatamente esse o caminho que nós fizemos no João. Não pensámos muito sobre isso porque era aquele caminho que todas as mulheres fazem e era aquele caminho certo onde as coisas deviam correr bem. (Anabela, 1 PH e 1 PC)

Isabel reconhece que, durante a sua primeira experiência de parto, sentiu-se desconectada de si mesma e dos seus valores. Descreve uma sensação de “entrar no sistema e permanecer no sistema”, sem a oportunidade de refletir sobre as suas próprias conceções e valores em relação ao parto, o que reflete a falta de estímulos ou oportunidades de questionamento das práticas convencionais de procura de alternativas mais alinhadas com os seus valores. Esta desconexão e a ausência de reflexão sugerem que o contexto hospitalar pode, por vezes, suprimir a autonomia e a consciência pessoal das mulheres durante o processo de parto. Pelo que a entrevistada seguiu um caminho que não refletia necessariamente os seus valores e

representações sobre o nascimento, mas sim o caminho que era oferecido pelo Sistema Nacional de Saúde em Portugal.

Também no discurso de Anabela se revela uma representação social passada que reflete uma construção cultural e institucional da medicalização do parto, onde o parto no hospital é descrito como o caminho normativo, “aquele caminho que todas as mulheres fazem”. Assim, a ausência de questionamento sobre a escolha do parto no hospital sugere um alinhamento às normas sociais dominantes.

Isabel destaca ainda a importância de ter contacto com “profissionais, outras pessoas e diferentes meios” que incentivem uma reflexão acerca dos próprios valores e concepções sobre o parto. Sugere que, se tivesse tido essas oportunidades, poderia ter refletido mais profundamente sobre as suas decisões em relação ao parto, em detrimento de uma postura de aceitação passiva do que foi imposto ou sugerido pelo sistema. Esta necessidade de reflexão é vista como crucial para alinhar a experiência de parto com os valores e crenças individuais. Com efeito, o reconhecimento dessa desconexão potenciou novas tomadas de decisões para um segundo parto baseadas no seu sistema de representações do parto.

Como já se explicou supra, no capítulo 5, podemos caracterizar a assistência obstétrica praticada nos dias de hoje por dois extremos, um caracterizado por uma assistência “*too little, too late*”, demasiado pouco e demasiado tarde, e um outro extremo “*too much, too soon*”, demasiado e demasiado cedo (Miller et al., 2016). O discurso de várias entrevistadas corrobora a tese de que, atualmente em Portugal, a assistência obstétrica se caracteriza sobretudo pelo excesso de intervenção, pelo modelo tecnocrático do nascimento (Davis-Floyd, 2001), sendo que consideram que a medicina interfere demasiado no parto.

Gostava que houvesse mais respeito no facto de a medicina não interferir tanto nos partos, porque eu acho que realmente é uma questão de aceitar o tempo e aceitar o trabalho em si e dar autoestima à mulher que está naquele momento em trabalho de parto e fazer-nos acreditar que nós conseguimos. (Alexandra, 1 PC)

Porque acho que entregar algo tão importante na vida de uma mulher como o parto... porque nós passamos 9 meses a gerar um bebé e tudo está supostamente bem, ou seja, nós não passamos 9 meses no hospital porque eventualmente alguma coisa pode acontecer, as pessoas vão confiando no processo. Claro que há incidentes e acidentes que vão acontecendo e muitos deles acabam até por ter a gravidez até ao fim, mas depois parece que chegam ali ao dia do nascimento e parece que há alguma coisa de

errado com a mulher. Parece que o corpo da mulher é perfeito para gerar um bebê, mas depois está defeituoso para o ter, ou seja, parece que há ali uma deficiência qualquer em que é necessário ir todas a correr para o hospital para serem ajudadas por médicos e enfermeiros para que o bebê possa nascer. E isso é o mais errado que se pode pensar, porque o corpo da mulher é perfeito para gerar e ter o bebê. (Clara, 1 PC)

Alexandra expressa o desejo de que a medicina interfira menos nos partos. Isso sugere uma crítica à medicalização excessiva do parto, onde as intervenções médicas são representadas como desnecessárias ou excessivas (Davis-Floyd, 2001). A participante procura mais respeito pelo processo natural do parto, sem a imposição de intervenções médicas que podem desconsiderar o ritmo e a capacidade natural do corpo da mulher. A aceitação do tempo e do trabalho de parto é destacada como essencial, sugerindo-se que o parto deve ser considerado e tratado como um processo natural que deve ser respeitado no seu próprio tempo, sem pressa ou interrupções desnecessárias. Esta aceitação está associada a uma representação de confiança no corpo da mulher e no processo fisiológico do parto. A entrevistada ainda enfatiza a importância de aumentar a autoestima das mulheres em trabalho de parto, fazendo-as acreditar na sua própria capacidade de parir, o que implica uma abordagem de cuidado que valoriza e apoia a mulher.

Clara também questiona a necessidade de medicalização excessiva no parto, sugerindo que o processo natural da gravidez e do parto é frequentemente tratado como se o corpo da mulher fosse inadequado para o parto. Observa que, embora existam imprevistos durante a gravidez, a confiança no processo natural geralmente prevalece até o momento do parto, quando a intervenção médica se torna predominante. A representação social de que algo está errado com o corpo da mulher no momento do parto é criticada como sendo uma percepção equivocada. A representação do corpo da mulher, para a entrevistada, é de que este é perfeito tanto para gerar quanto para ter o bebê. Esta percepção reflete uma confiança na capacidade natural do corpo feminino e uma crítica à dependência excessiva da intervenção médica no parto (Davis-Floyd, 2001).

A interferência excessiva da medicina no parto é uma questão complexa, com implicações sociais, culturais e de saúde. Demasiada interferência potencia situações de violência obstétrica, ainda que qualquer intervenção desnecessária já seja, por si só, uma forma deste tipo de violência, uma vez que pode desenvolver a necessidade de mais interferências sucessivamente, a chamada “cascata de intervenções” (Negrão, 2024). É mesmo este cenário

de violência obstétrica que uma entrevistada, médica de profissão, representa no parto no hospital enquanto profissional.

E tenho a realidade daquilo que é uma sala de partos, daquilo que ainda hoje estamos a discutir medicamente que são experiências ou violência obstétrica de alguma forma. Portanto para mim é mais do que suficiente essa experiência prévia de que eu não queria algo assim. Não estou a dizer que todos os partos e cesarianas são formas de violência obstétrica, não são, como é evidente. Mas o contexto em que elas se inseriam, muitas dessas práticas, a exposição, ou a não decisão a que muitas mulheres são expostas e eu não estava disposta a vivê-lo. (Maria, 1 PC)

Maria menciona a sua experiência prévia como médica numa sala de partos, representando-a como algo negativo, e sugere que a sua decisão de evitar o ambiente hospitalar é fortemente influenciada por essa experiência anterior. A referência a essa realidade destaca os aspetos físicos e emocionais da sala de partos que contribuíram para a sua perceção negativa. A entrevistada discute o conceito de violência obstétrica, reconhecendo que nem todos os partos e cesarianas se qualificam como tal, mas criticando o contexto em que muitas práticas obstétricas ocorrem. A violência obstétrica é descrita como a exposição da parturiente a um contexto institucional opressivo e a falta de decisão às quais muitas mulheres são sujeitas (Barata, 2022; Brilhante et al., 2021; Negrão, 2024). O surgimento deste tema revela uma crítica à forma como a prática médica pode desrespeitar a autonomia e o bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto.

Estas situações de violência obstétrica devem-se frequentemente à dinâmica de poder (Foucault, 1975) entre profissionais de saúde e parturiente, que tende a ser mais desequilibrada no ambiente hospitalar (Shabot, 2015), onde as decisões podem estar mais centradas nos médicos.

Foi também uma indução, era o mesmo médico. Acabou por sugerir a indução às 39 semanas porque ele estava de urgência e eu na altura aceitei. Se fosse hoje não teria aceitado, mas na altura aceitei. (Jéssica, 2 PH e 2 PC)

Aconteceu sim na terceira, que fui acompanhada aqui no hospital porque já passava dos 35 anos então era considerada já uma velha, então foi catalogada como uma gestação de risco, por causa da idade, o que eu acho um absurdo, mas pronto enfim.

Eu perguntei no hospital se o hospital aceitaria um parto um pouco mais humanizado, que me deixassem um pouco mais livre para eu caminhar e fazer a minha dilatação. E a rapariga disse-me: ah, sim nós temos uma bola, mas não conte com isso porque não vai ser assim muito bem aceite. E ainda lhe falei do plano de parto e puseram logo de parte, disse: olhe, pode até trazer, mas aqui eles não aceitam lá muito bem essas coisas, acham que é um bocado audácia nossa querer mandar, porque para eles é como se nós tivéssemos a mandá-los fazer alguma coisa, e eles gostam de ter a sua autonomia e a sua autoridade. (Bárbara, 3 PC)

Portanto, entraram, fizeram o toque para avaliar e começaram a cochichar entre elas e ninguém me disse nada. Eu na altura fiquei sem reação, não disse nada, mas fiquei: então, mas eu estou aqui, vocês vêm aqui, tocaram-me e não dizem nada. E depois a certa altura fizeram uma rotura da bolsa também sem pedirem autorização e, portanto, essas foram as coisas que eu considero que sofri de violência obstétrica. (Filipa, 1 PH e 1 PC)

Exemplos da dinâmica de poder (Foucault, 1975) entre profissionais de saúde e parturiente são os casos descritos acima, como o das induções por conveniência hospitalar ou do próprio médico, nomeadamente, no que diz respeito à gestão do tempo, mas também a uma forma de controlo e de normalização de um processo que reforça o carácter medicalizado atribuído ao nascimento. Jéssica menciona que o seu parto foi induzido, sugerindo uma intervenção médica que pode não ter sido necessária. A indução ocorreu às 39 semanas para coincidir com período em que o médico se encontrava de urgência, refletindo uma prática que pode ser comum em muitas instituições de saúde, onde certas intervenções são frequentemente realizadas por conveniência do médico, da utente, ou de ambos e não por motivos clínicos, indicando que a dinâmica de poder e a autoridade do médico influenciaram a aceitação da intervenção.

A continuidade do cuidado pelo mesmo médico é destacada, o que pode ter influenciado a decisão da entrevistada de aceitar a indução, sugerindo que a confiança nos profissionais de saúde pode ser um fator decisivo nas decisões no nascimento. A entrevistada reflete sobre a sua opção passada e admite que, com o conhecimento e a experiência atual, não teria aceitado a indução. Esta mudança de perspetiva sugere uma maior conscientização sobre as suas próprias necessidades e direitos no contexto do parto, e uma maior confiança na sua capacidade de tomar decisões informadas.

No caso de Bárbara, a menção de que, por ter mais de 35 anos, a participante foi “catalogada” com uma gestação de risco, apesar de achar essa categorização “absurda”, revela como as instituições médicas exercem controlo sobre os corpos, regulando-os através de normas, protocolos e classificações (Foucault, 1975, 2004). Ao rotular a gravidez como “de risco”, o hospital insere a gestante numa categoria que justifica intervenções adicionais e uma maior vigilância médica, mesmo que essa categorização não tome em consideração as especificidades individuais da mulher ou o seu desejo de um parto mais humanizado.

A resposta da profissional de saúde sobre o plano de parto – que foi desconsiderado por ser visto como uma “audácia” pelos profissionais médicos – ilustra um contexto de paternalismo (Negrão, 2024) na medicina. Este paternalismo clínico é comum em ambientes onde prevalece um modelo tecnocrático de assistência ao nascimento (Davis-Floyd, 2001) que se revela na resposta que a entrevistada recebeu ao solicitar liberdade de movimentos durante o trabalho de parto – “nós temos uma bola, mas não conte com isso” – onde os instrumentos de humanização do parto são oferecidos apenas formalmente, não tendo uma adesão prática ou apoio dos profissionais. Neste contexto, os profissionais de saúde assumem uma postura autoritária perante as parturientes, refletindo uma visão hierárquica de mulher passiva perante o poder de decisão que permanece do lado dos profissionais de saúde, que se revela na frase “eles gostam de ter a sua autonomia e a sua autoridade”.

Também o discurso de Filipa revela a dinâmica de poder entre profissionais de saúde e parturiente. O silenciamento da mulher durante o seu próprio trabalho de parto, quando os profissionais “cochicham” entre si sem comunicar o que está a acontecer, reforça a assimetria de poder entre profissional e parturiente, o que se assiste em situações como a experienciada pela participante sujeita a intervenções médicas sem consentimento – “fizeram uma rotura da bolsa também sem pedirem autorização”.

Esta dinâmica de poder (Foucault, 1975) conduz a representações do parto no hospital como inerentemente ligado a uma gestão do nascimento por conveniência médica e hospitalar, como é exemplo o excerto abaixo:

Porque o hospital acelera os partos. Quando eu fui à consulta das 39 semanas disseram-me: temos de acelerar isto. Se eu tivesse sido pelo hospital ele tinha saído 3 semanas antes, acho que 3 semanas faz diferença numa criança, num bebé.
(Alexandra, 1 PC)

Hum, pronto, só que eu tive ali um sinal, uma perda de líquido. E, como primeira vez, achámos por bem aqui em casa de eu ir ao hospital. E pronto, acho que foi uma situação mal gerida. Entre aspas, quando eu cheguei ao hospital não estavam muitas mães e foi aquela coisa: já que está aqui, já que tem os 9 meses, as 38 semanas, então vamos provocar-lhe o parto, pronto. Foi assim um bocadinho porque depois analisando eles perceberam que eu não estava em trabalho de parto, mas, entre aspas, seria ali oportuno pelos serviços. E eu como não sabia e não estava muito esclarecida acabei por aceitar e sujeitar-me aquela situação. Que depois venho-me a arrepender, porque foi uma situação provocada, a bebé nunca iria nascer naquela altura. E o trabalho de parto foi horrível, e é isso que os hospitais fazem, provocam os partos conforme lhes dá jeito. (Paula, 1 PH e 3 PC)

A perspetiva que Alexandra menciona acerca do hospital “acelerar” o parto pode refletir um conjunto de dinâmicas como a pressão institucional para evitar que a gravidez avance para além do que é considerado seguro pelos padrões hospitalares, bem como a gestão médica e hospitalar do tempo, espaço e recursos para outros nascimentos. Neste contexto, os ritmos naturais e individuais dos corpos das mulheres são desconsiderados e o nascimento passa a ser gerido por uma agenda hospitalar, o que justifica a representação da participante – “o hospital acelera os partos”.

Paula também apresenta uma representação social do parto semelhante: os hospitais “provocam os partos conforme lhes dá jeito”. A narrativa de Paula sugere uma perceção de que a gestão hospitalar, comprovada pela sua experiência passada, prioriza a conveniência institucional em detrimento do bem-estar da mãe e/ou do bebé. A experiência descrita como “horrível” reflete o impacto emocional de intervenções desnecessárias ou geridas no âmbito da conveniência hospitalar. A crítica exposta pela participante à forma como a situação foi conduzida revela como decisões médicas mal fundamentadas podem moldar experiências de parto, que são percebidas como negativas, afetando a relação da mulher com o nascimento e com o sistema de saúde.

Com efeito, a sensação de descontrolo sobre o próprio corpo, de não ter voz nem poder de decisão sobre o trabalho de parto, pode configurar uma forma de trauma psicológico (Kitzinger, 2006), que pode construir representações sociais do nascimento fortemente ligadas a essa sensação de violência.

Porque numa primeira vez, no contexto hospitalar, aquilo que eu senti foi que eu não tinha autoridade sobre o meu próprio corpo, e acho que isso foi até muito danoso para a minha autoestima e para a minha saúde mental. Porque aquilo que eu senti é que houve mesmo um descontrolo absoluto, que havia quem decidisse sobre mim, aquilo que iam fazer, como é que iam fazer e quando, e eu não me senti ouvida e apoiada. E acho que isso, com toda a franqueza, gerou depois um efeito traumático que eu tive de lidar nos meses que se seguiram para também depois conseguir ter o parto que eu realmente queria e almejava, porque isso mexia muito comigo. E acho que foi a primeira vez que eu estive num contexto de violência quando também nada previa que assim fosse. Mas acima de tudo foi esse descontrolo, o sentir que eu não tinha autoridade, não tinha voz, não podia decidir, que havia realmente quem decidisse por mim e que não me permitia ser ouvida. (Isabel, 1 PH e 1 PC)

E todo aquele esforço para não ser uma mãe difícil lá, e depois fazem o que querem connosco e acaba por ser uma experiência má ou mesmo traumática. (Anabela, 1 PH e 1 PC)

Estes excertos revelam o impacto que a falta de autonomia e o desrespeito pelo consentimento informado podem ter na saúde mental e na autoestima de uma mulher. A sensação de descontrolo e a imposição de decisões por profissionais de saúde sem a sua participação ativa geraram um trauma que pode perdurar durante meses após o parto, como no caso da Isabel. O que revela como experiências de parto baseadas nesta assimetria de poder podem deixar marcas profundas na saúde mental da mulher, contribuindo para quadros de ansiedade ou depressão pós-parto, como argumenta Kitzinger (2006).

E, portanto, revela-se bastante no discurso das entrevistadas nesta investigação uma representação do parto no hospital como diretamente relacionado com a subjugação e a padronização do parto, com a execução rotineira de intervenções médicas, mesmo quando desnecessárias, sendo que o receio de sofrer de violência obstétrica condiciona bastante aquilo que são as decisões em torno do parto, como se pode ler pelos seguintes excertos da narrativa das participantes:

Eu antes sequer de pensar em ter filhos, eu era daquelas pessoas que me fazia muita confusão o parto. Muito pelas histórias que ouvia, e também fui muito influenciada pelo parto da minha melhor amiga, que foi vítima de violência obstétrica, e então eu

achava que um dia que tivesse um filho que queria uma cesariana, e pronto arrumava o assunto, ia para o hospital tinha uma cesariana e estava resolvido. (Clara, 1 PC)

Sim, neste momento acho que mais do que ter medo da dor é ter medo da violência obstétrica. Há todo um relato de histórias daquilo que te pode acontecer, do que te podem fazer ou daquilo que tu não sabes que te estão a fazer, e que eu não quero para a minha vida. Eu não quero ficar com consequências de saúde, nem na minha vida sexual. Eu não quero que o facto de ter um parto, que supostamente é uma coisa fisiológica, normal para uma mulher, que... não quero isso para mim, e sim isso dá medo. (Fernanda, SP)

O primeiro excerto evidencia como narrativas de experiências traumáticas, mesmo que indiretamente, moldam representações, expectativas e decisões futuras. No caso, a cesariana é percebida como uma forma de evitar a incerteza e o potencial de violência associada ao parto vaginal, oferecendo uma sensação de resolução e controlo sobre o processo.

No segundo excerto, a influência do parto da melhor amiga da participante evidencia como as redes sociais e pessoais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento de representações e decisões em torno da maternidade – o capital social (Bourdieu, 1986) molda as representações (Bourdieu, 1998).

Assim, o medo internalizado por Clara, a “confusão” que sentia em relação ao parto, reflete como as normas sociais e as narrativas hegemónicas influenciam as representações sociais das mulheres. O querer uma cesariana para “arrumar o assunto” pode ser problematizado em termos de autonomia da mulher versus conformidade com o sistema de saúde. Se o sistema médico privilegia a intervenção cirúrgica por motivos institucionais e culturais, o desejo por uma cesariana pode não ser totalmente livre e ser moldada por esse sistema de saúde. Por outro lado, a normalização da cesariana como uma solução rápida pode perpetuar desigualdades no acesso a diferentes tipo de parto.

O segundo excerto evidencia bastante a questão da medicalização do corpo feminino no parto (Conrad, 2007; Illich, 1975). O corpo, especialmente o corpo das mulheres, tornou-se objeto de controlo pelas instituições biomédicas (Foucault, 1975, 1989, 2004). Sendo que o discurso da Fernanda evidencia a forma como o parto foi transformado de um processo fisiológico e natural em um evento altamente medicalizado, o que revela a forma como o conhecimento científico legitima o poder sobre o corpo. Neste excerto, a mulher expressa medo de intervenções médicas não consentidas e potencialmente danosas, o que reflete a

tensão entre a autoridade médica e a autonomia feminina. A ideia de “não saber o que te estão a fazer” sugere uma assimetria de poder, onde as decisões sobre o corpo da mulher são tomadas pelos profissionais de saúde sem o total entendimento ou consentimento da parturiente.

10.1.2 Padronização do parto e a pandemia como agravante

Existem outros receios que emanam do discurso das entrevistadas quando falam sobre o parto no hospital. Receios esses que não os identificam diretamente como se tratando de violência obstétrica, mas que lhe atribuem uma conotação negativa como tal.

E eu tinha de explicar que eu tinha medo era de ir para o hospital e de estar sozinha no hospital, isso é que eu tinha medo (...) e estar lá imensas horas sem o apoio e sem a companhia do meu marido e ter de estar obrigada a estar deitada, não poder movimentar, não poder comer. Essas coisas todas podem de alguma forma dificultar o trabalho de parto ou tornar o trabalho de parto mais lento. (Dora, 1 PH e 2 PC)

O que eu dizia ao meu marido era que não queria estar a passar por um parto traumatizante para depois dizer que tenho um como eu gosto. Porque eu tinha medo da industrialização do parto, de não passar de um boneco no hospital nas mãos dos médicos, tinha medo disso e não queria passar por isso. Eu queria que logo o meu primeiro parto fosse em condições. (Alexandra, 1 PC)

O medo de Dora de estar sem a companhia do marido sublinha a importância do apoio emocional no parto, sendo que a restrição dessa presença é uma forma de violência institucional (Minayo, 2020). A ausência de apoio emocional e físico do marido é uma preocupação significativa, destacando a importância da companhia e do suporte durante o trabalho de parto. O medo da entrevistada de ficar sozinha no hospital durante o parto reflete experiências de despersonalização nos hospitais que se verificam nos dias de hoje, que advêm da forma como parto é encarado em contexto hospitalar: como um procedimento técnico (Davis-Floyd, 2001), onde as necessidades das parturientes são minimizadas.

Com efeito, a forma como as participantes descrevem o contexto hospitalar no parto – “ter de estar obrigada a (...)”; “não passar de um boneco no hospital” e “nas mãos dos médicos” – é reveladora da forma como a parturiente é reduzida a um corpo passivo, que deve seguir protocolos hospitalares, tais como práticas que exigem que a mulher fique deitada, sem se

poder movimentar ou alimentar-se livremente. É, portanto, uma perda de autonomia e uma forma de controlo institucional sobre o corpo feminino, onde a liberdade da mulher é subordinada às conveniências médicas. Neste sentido, o medo de Alexandra de um possível parto “traumatizante” evidencia uma representação do parto no hospital como um processo “industrializado”.

Por outro lado, esse controlo institucional do parto que surge no discurso das participantes pode ser uma perpetuação de normas patriarcais, que regulam e disciplinam o corpo feminino, como uma forma de violência de género (Minayo, 2020).

Em suma, evidencia-se que aspetos como a capacidade de se movimentar e de se alimentar conforme necessário são aspetos importantes para estas mulheres no processo de parto, influenciando o conforto e a progressão do trabalho de parto. O que se evidencia na perceção da Dora de que a restrição dessas práticas, ou seja, as normas hospitalares, podem ter um impacto negativo na fisiologia do parto, para além dos aspetos psicológicos. O que pode conduzir a estagnações ou retrocessos no trabalho de parto e a uma cascata de intervenções (Negrão, 2024), visto que pode tornar o parto mais difícil e aumentar a necessidade de intervenções adicionais.

Essas incertezas, receios e representações acerca daquilo que é parir no hospital comprovam-se na experiência das participantes. Por exemplo, a questão da liberdade de movimentos coloca-se tanto nas representações como nas práticas e experiência de parir no hospital. Nesse contexto, são também as próprias parturientes que se impõem a si próprias certas normas hospitalares.

(...) E no hospital eu fazia um esforço enorme para não vocalizar e tentava estar o máximo quieta possível. (Anabela, 1 PH e 1 PC)

Mas no hospital eu, ou pessoas como eu acho, coibo-me de me mexer tanto, não é o mesmo à vontade porque não é a nossa casa, não é? É o hospital. Para mim havia aquela pressão do quem é que eu estou a incomodar ou a importunar (...) Ou seja, eu coibia-me de me mexer, por exemplo, houve várias alturas em que eu saía do chuveiro apressadamente por mais que me estivesse a aliviar a água quente, porque eu estava com o stress do: pode haver outra mãe que quer vir cá ou eu vou acabar com a água quente, eu tenho de sair daqui. (Nicole, 1 PH e 1PC)

O esforço de Anabela para “não vocalizar” e “estar o máximo quieta possível” reflete uma autocensura comportamental durante o parto, o que pode refletir uma tentativa de adequação às normas implícitas do ambiente hospitalar, mesmo quando esse controlo não lhe é diretamente imposto por profissionais, em linha com o descrito por Martin (2003). Por outro lado, Nicole descreve mais explicitamente uma sensação de desconforto e restrição no ambiente hospitalar, sendo que a falta de conforto é destacada pelo contraste com a sensação de estar em casa, onde o espaço doméstico é representado pela liberdade. Pelo que se verifica que as participantes impõem a si próprias uma forma de comportamento que pode limitar a sua autonomia durante o trabalho de parto.

Nicole também menciona a pressão de não querer incomodar ou importunar outras pessoas no hospital, expressando um forte sentimento de autocensura, ao limitar as suas próprias vontades em prol de outras utentes. O que revela como as normas e representações sociais internalizadas podem conduzir as mulheres a priorizar as necessidades percebidas de outras pessoas sobre as suas próprias necessidades, mesmo num momento tão importante como o parto. A preocupação de não incomodar os outros, mesmo num momento de dor, reflete uma estrutura social mais ampla que invisibiliza ou desvaloriza as necessidades e vontades das mulheres, especificamente em contextos institucionais e em matéria de saúde reprodutiva. Pode igualmente refletir uma socialização de que as mulheres são alvo: onde internalizam o dever de conformidade com o sistema e preocupação com os outros (Bourdieu, 1998), como se verifica na autorrestrrição descrita por Nicole. A pressão social para evitar incomodar terceiros pode conduzir as parturientes a restringirem comportamentos que seriam benéficos para seu conforto e bem-estar, como a possibilidade de movimentar-se livremente.

Dessa forma, as normas e representações de género influenciam expectativas, representações e práticas das mulheres no parto. Mesmo a distinção entre “a nossa casa” e o hospital pode ser problematizada em termos de género. Tradicionalmente, a casa é representada como um espaço feminino, onde a mulher tem controlo, enquanto o hospital, enquanto instituição pública, é um espaço de controlo masculino (Joaquim, 2019). Pelo que a transição de um espaço privado para um espaço público pode significar uma perda muito significativa de controlo e autonomia da mulher.

Nesse sentido, a narrativa das participantes reflete como o local de parto não se constitui apenas como uma estrutura física para parir, mas como um elemento dinâmico e simbólico (Burns, 2015), que pode definir o controlo que a mulher tem sobre o seu parto.

Também as restrições associadas ao contexto pandémico são a causa de muitos receios, sendo que condicionam as representações e práticas destas mulheres, verificando-se que a

pandemia de Covid-19 introduziu incertezas adicionais em relação ao parto. Com efeito, a possibilidade de separação entre mãe e bebê, bem como a restrição de acompanhantes durante o trabalho de parto, foram fatores frequentemente mencionados no contexto das restrições impostas pela pandemia de Covid-19. Essas limitações conduziram várias participantes a reconsiderar os seus planos de parto ou a fortalecer decisões previamente tomadas, reforçando o desejo por um ambiente de parto que proporcionasse maior apoio e proximidade familiar, em consonância com as suas expectativas de segurança e conforto emocional.

E muito menos agravado com a pandemia onde não era uma garantia a presença do pai no parto, para mim não fazia sentido, o pai era um elemento fundamental em todo este processo. Portanto, na altura também foi mais um reforço do que já era a minha decisão prévia. (Maria, 1 PC)

Este excerto evidencia como as dinâmicas de poder e as políticas de saúde pública na pandemia influenciaram as representações sociais, práticas e experiências do parto. Maria considera a presença do pai como fundamental durante todo o processo do nascimento. Este apoio do pai não é apenas emocional, mas também pode ser visto como um elemento de empoderamento e segurança para a mulher em trabalho de parto. A possibilidade de o pai não estar presente no parto foi um fator significativo que reforçou a decisão da entrevistada de evitar o ambiente hospitalar.

A restrição à presença do pai revela como as políticas priorizam o controlo e gestão do risco, em detrimento das necessidades da parturiente. Com efeito, a decisão de muitos hospitais de não permitirem a presença do pai no parto pode constituir-se como uma manifestação de poder institucional, que se concretiza numa forma de violência institucional (Minayo, 2020), que desconsidera as necessidades das mulheres. Ao restringir a presença de acompanhantes, os hospitais reforçam a natureza hierárquica e controladora do ambiente médico, onde as decisões são tomadas com base em critérios de eficiência e segurança, o que reflete uma visão tecnocrática do parto (Davis-Floyd, 2001).

A reivindicação da presença do pai como fundamental para um trabalho de parto positivo reflete mudanças significativas na representação social do papel de pai, onde a paternidade ativa e a coparticipação no processo de nascimento são cada vez mais valorizadas. O que sugere mudanças nas dinâmicas de género dentro das famílias, onde os papéis parentais são mais equilibrados e partilhados.

Pelo que a pandemia exacerbou a tensão entre políticas de saúde pública e direitos reprodutivos. Este contexto influenciou as decisões das mulheres grávidas, acentuando preocupações já existentes e conduzindo-as a procurar alternativas que garantissem o suporte necessário. A ausência do pai devido às restrições da pandemia seria um fator inaceitável para a Maria, reforçando a sua decisão de procurar um ambiente de parto que garantisse a presença do parceiro. Pelo que a entrevistada refere que a pandemia reforçou uma decisão que já tinha tomado, o que revela como os contextos sociais e crises ou incertezas mais globais influenciam decisões individuais na área da saúde reprodutiva.

Com efeito, o reposicionamento no plano de parto devido às condições de assistência obstétrica em contexto de pandemia potenciou a escolha pelo parto em casa no caso de algumas destas mulheres.

Depois o covid ou estas restrições todas acabaram por impulsionar este caminho. Porque era muito difícil lidar com as possibilidades que eram oferecidas às grávidas e parturientes na altura do covid em 2020. A minha maior preocupação era eu testar positivo e ser afastada do meu bebé e não ser possível amamentar ou estar a desperdiçar leite. Isto fazia-me muita confusão e então eu imaginava sempre que se eu tivesse que ir para o hospital ia acabar novamente numa cesariana que era tudo aquilo que eu não queria. Então acabei por investir muito no meu empoderamento, na minha capacidade de avançar com o meu plano. E pronto, acabei por seguir com a parteira e acabei por me ir preparando cada vez mais. (Liliana, 1 PH e 1 PC)

O primeiro foi porque ele nasceu em 2020 em contexto de pandemia. Eu tinha pavor a ir para o hospital e ficar sozinha, que o meu marido não pudesse entrar comigo e estar comigo. Tinha pavor que isso acontecesse e não era opção para mim. E como os hospitais não permitiam a presença do pai, então acabámos por optar por parto domiciliar. (Dora, 1 PH e 2 PC)

Ambas as participantes identificam o medo do isolamento e das restrições hospitalares como motivos principais para evitar o parto nesse contexto, pelo que decidiram “empoderar-se” e planear um parto fora do ambiente hospitalar tradicional. O medo do isolamento e das restrições hospitalares conduziu à procura de alternativas que lhes proporcionassem mais segurança e controlo sobre as suas experiências de parto. O empoderamento e a preparação

pessoal surgem como elementos cruciais para lidar com a situação adversa da assistência obstétrica oferecida em contexto pandêmico.

Nestes dois casos, ainda que a escolha pelo parto em casa represente um exercício de autonomia é evidente, ainda assim, que essa decisão foi em grande parte potenciada por uma situação de crise, a pandemia. O que sugere que esse exercício de emancipação é forçado pela falta de opções que garantam a satisfação das necessidades das mulheres. A pandemia revelou as vulnerabilidades do sistema hospitalar e, para estas mulheres, o ambiente doméstico passou a ser representado como mais seguro e controlado, o que desafia a representação hegemónica do hospital como único lugar seguro para parir, promovendo uma visão mais pluralista das práticas do nascimento.

Posto isto, é interessante como a narrativa destas mulheres revela como a experiência da maternidade está imbricada com dinâmicas de poder e controlo, especialmente em momentos de crise como foi o da pandemia.

Contudo, é certo que nem todas as gestantes durante a pandemia de Covid-19 tiveram o tempo que gostariam para repensar e executar um novo plano de parto e, no caso de uma das nossas participantes, acabou por adiar um parto em casa para o próximo filho, existindo uma mudança no acompanhamento obstétrico para um hospital privado, resultando numa indução agendada e cesariana.

Ao longo da gravidez e muito mais para o final eu comecei a equacionar o termos um parto em casa, mas foi muito por medo. Ou seja, eu sabia que era esse o contexto, da pandemia, da separação dos bebés e instintivamente a minha resposta foi querer um parto em casa. (...) Havia aqui várias opções hospitalares, mas não garantiam a presença de acompanhante nem a permanência dos bebés com as mães, e isso para mim foi um grande não e acabei por ser acompanhada num hospital privado até no parto. Foi aqui uma mudança no plano de parto. Isso fez com que fosse uma indução agendada e não um início de trabalho de parto espontâneo, que terminou numa cesariana. (Isabel, 1 PH e 1 PC)

Evidencia-se que o contexto de pandemia condicionou bastante a experiência e representações de parto de algumas destas mulheres, sendo que para muitas não foi possível concretizar o plano de parto que inicialmente tinham preparado. O que corrobora as conclusões de uma revisão sistemática de estudos sobre os efeitos da pandemia nos resultados em saúde materna, fetal e neonatal, onde se verificou que existiram mais casos de depressão pós-parto

diagnosticada durante o contexto pandémico comparativamente com o que se verificava num período anterior (Chmielewska et al., 2021).

A mudança para um hospital privado, onde a indução e cesariana se tornaram necessárias, sugere uma autonomia condicionada, onde a adaptação do plano de parto é forçada pelas circunstâncias externas. Esta indução agendada e a cesariana podem exemplificar a aceitação de intervenções devido à falta de opções, reduzindo a agência das mulheres nas suas experiências de parto.

O recurso a uma instituição privada sugere a procura por um ambiente que atendesse melhor às necessidades da parturiente, o que pode não ser possível a mulheres com menores recursos financeiros, perpetuando desigualdades no sistema de saúde.

Em suma, a pandemia atuou como potenciadora de um conjunto de decisões e mudanças no plano de parto destas mulheres, o que pode ser entendido como uma forma de racionalidade adaptativa, onde as decisões baseiam-se sobretudo numa avaliação das circunstâncias e dos riscos percebidos em detrimento de um plano previamente estabelecido.

Em contraponto, várias entrevistadas referem, mais direta ou indiretamente, que têm noção de que o parto no hospital pode também ser muito bom. Contudo, o facto de esse desfecho positivo estar dependente da equipa que “lhes calha” a acompanhá-la e, sobre isso, não terem controlo, faz com que as estas mulheres reflitam sobre o seu plano de parto. Pelo que destacam a incerteza e a variabilidade na assistência ao parto nos hospitais como um aspeto desvantajoso desse contexto.

Porque infelizmente isto é assim, as mulheres estão à sorte daquilo que lhes calha no hospital. Pode calhar uma equipa muito boa e fantástica e pode calhar uma que nem por isso. E eu deixar o meu parto à sorte também me fazia muita confusão. (Clara, 1 PC)

Algumas delas disseram mesmo: eu tive a sorte de que quando cheguei não havia nenhum obstetra de serviço e acabaram por ser as parteiras a fazer-me a admissão, e por isso foi na mesma um parto mágico, porque só havia a interferência das parteiras, lá está. (Nicole, 1 PH e 1PC)

A perceção de que a qualidade da experiência do parto no hospital é uma questão de “sorte” reflete uma crítica à imprevisibilidade do Sistema Nacional de Saúde. A representação de que a qualidade do atendimento depende do que “lhes calha” sugere uma perceção de falta de

consistência nos cuidados prestados às mulheres durante o parto. Esta representação social é reveladora de uma falha estrutural no sistema de saúde em Portugal, onde a experiência de parto é altamente contingente, gerando ansiedade e incerteza entre as parturientes.

Por outro lado, essa representação da dependência da sorte no parto no hospital expõe as relações de poder inerentes ao sistema de saúde, onde as mulheres muitas vezes não têm controlo sobre quem irá atendê-las ou como serão tratadas. As decisões relevantes acerca do trabalho de parto são frequentemente tomadas por profissionais de saúde com pouca ou nenhuma consulta à parturiente. Essa dinâmica de poder pode resultar em experiências de parto despersonalizadas, onde as necessidades e desejos da mulher são secundarizados em relação às rotinas institucionais e às práticas padronizadas.

A distinção exposta entre o atendimento por parteiras e o atendimento por obstetras aponta para a medicalização do parto como uma preocupação central. A medicalização, caracterizada pela intervenção técnica e pela hierarquia médica (Conrad, 2007; Illich, 1975), muitas vezes reduz o parto a um processo clínico, desconsiderando os aspetos emocionais e subjetivos da experiência. A preferência expressa por partos assistidos por parteiras, onde “não havia a interferência dos obstetras”, sugere um desejo por uma abordagem mais holística e menos intervencionista, que respeita o ritmo natural do parto e a autonomia da mulher – representação social do parto como necessariamente mais humanizado e holístico e menos tecnocrático (Davis-Floyd, 2001). O que se verifica na descrição de parto “mágico” devido à presença exclusiva de parteiras, destacando o papel dessas profissionais em prol de um parto mais humanizado.

A menção de que outras mulheres “tiveram sorte” ao serem atendidas apenas por parteiras sugere a importância das narrativas coletivas na formação das expectativas e medos em relação ao parto. Essas histórias compartilham a experiência vivida e constroem uma memória coletiva (Halbwachs & Coser, 1992) sobre o que constitui um “bom parto”. Essas narrativas podem influenciar significativamente as decisões, representações e práticas de outras mulheres, criando uma cultura de partilha de experiências.

E, portanto, as participantes identificam como condicionantes negativas do parto no hospital todas as dinâmicas previamente mencionadas – desumanização; falta de autonomia; despersonalização da assistência; controlo e conveniência institucional; intervenções invasivas desnecessárias; e riscos iatrogénicos –, as quais reforçam a preferência pelo parto em casa. Essas limitações no ambiente hospitalar contribuem para intensificar o desejo de uma experiência de parto mais autónoma e confortável, promovendo a escolha pelo parto em casa

como uma alternativa que atende melhor às expectativas e necessidades pessoais das parturientes.

10.2 Em casa

A escolha do domicílio como espaço físico para o parto pode simbolizar uma resistência ao modelo biomédico hegemônico. O ressurgimento do parto em casa pode ser entendido como uma tentativa de recuperar formas de cuidado que foram marginalizadas pela medicina moderna, mas que oferecem uma alternativa mais humanizada e personalizada, refletindo uma crescente valorização do naturalismo, onde aquilo que é natural é representado como benéfico (Badinter, 2010; Santos, 2012).

10.2.1 Rede de apoio e humanização do parto

Como vimos acima, o pai da criança como acompanhante no parto é um fator muito importante para as participantes, sendo que várias referenciam a rede de apoio como um fator crucial na decisão pelo parto em casa. Aliás, são várias as entrevistadas que referem, direta ou indiretamente, que a gravidez, o parto e o pós-parto devem ser processos que se constroem e experienciam em casal, ou seja, mãe e pai devem participar ativamente nas tomadas de decisão bem como na execução dos próprios processos.

Na segunda gravidez, o meu marido, o Mário, não estava de acordo que eu tivesse a bebé em casa. Eu por mim já era em casa, por ele não era clara essa situação, tinha medo de que pudesse haver riscos que nós não conseguíssemos resolver. E então o que ficou combinado entre eu e o Mário foi que eu iria realizar todo o processo de dilatação em casa com uma doula, e depois só no momento já, entre aspas, de expulsão é que iria para o hospital para o Mário sentir-se mais seguro. Era uma decisão que eu estava a fazer pelo Mário, tendo em conta assim o medo e o receio que o Mário tinha deste passo. (Paula, 1 PH e 3 PC)

Nós já falámos muito sobre isso, mas ainda não alinhámos a cem por cento as nossas vontades. E acho que isso é muito importante, chegarmos ali ao momento e estarmos os dois cem por cento confiantes com a nossa decisão. Ele ainda tem muitos receios do parto domiciliar e apesar de ele me dizer que a decisão é minha, eu quero a total aprovação dele e por isso tenho trabalhado nisso. (Matilde, SP)

As narrativas das participantes evidenciam como as decisões reprodutivas podem envolver negociações entre diferentes partes, o que pode limitar a autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo e experiência de parto. A Paula descreve uma divergência de opiniões entre ela e o seu marido acerca da escolha pelo local de parto. Embora a participante desejasse realizar o parto em casa, o seu marido manifestava receios quanto aos possíveis riscos e não se sentia seguro com essa opção. Para resolver a divergência, o casal chegou a um compromisso: a entrevistada permaneceria em casa durante a maior parte do processo de dilatação, com o apoio de uma doula, e deslocar-se-ia ao hospital apenas no momento da fase expulsiva. O que evidencia como as representações do parceiro e dinâmicas familiares podem influenciar significativamente as escolhas reprodutivas da mulher, podendo constituir-se como uma limitação da sua agência total, sendo que as preocupações do marido com os riscos do parto em casa desempenharam um papel crucial na decisão final. Esta negociação tomou em consideração os medos e inseguranças do marido, enquanto também respeitava o desejo da entrevistada de ter um parto o mais natural possível. A decisão configurou-se como um meio-termo destinado a equilibrar as necessidades e preocupações de ambos os parceiros. No entanto, neste caso específico da Paula, dado o desenrolar acelerado dos acontecimentos, todo o processo acabou por ocorrer em casa.

Também no caso da Matilde a decisão pelo local de parto é construída com base no acordo entre os dois membros do casal. Revela-se aqui uma tensão entre a autonomia da mulher – “ele me dizer que a decisão é minha” – e a validação do parceiro – “eu quero a total aprovação dele”.

Os discursos da Paula e da Matilde também evidenciam a existência de diferentes perceções de risco entre parceiros. Enquanto a mulher se sente confiante perante um possível parto em casa, o marido considera o hospital um local mais seguro para parir, o que sugere que as perceções de risco no parto são subjetivas e influenciadas por uma multiplicidade de fatores, incluindo experiências anteriores e narrativas culturais. As dinâmicas de poder no relacionamento influenciam, por sua vez, a conciliação dessas diferentes representações. No caso da Paula, a presença de uma doula, neste contexto, constitui-se como uma mediação entre as vontades da mulher e as preocupações do marido, permitindo que a mulher tenha algum controlo no processo, mesmo nos termos da negociação conjugal.

Com efeito, o apoio físico e emocional do pai é representado pelas entrevistadas como algo muito positivo, evidenciando a importância de um parceiro presente que não só apoia, mas também participa ativamente no processo.

E foi muito bonito que até eu estava cansada no fim do parto com as contrações e ele ajudou-me a colocar o corpo para a frente e a contrair que é uma coisa que nos hospitais não é tão comum, os pais têm o lugar dele e as mães estão a fazer. E então eu senti muito que ele estava a ter o parto comigo realmente porque se eu precisava de contrair ele abraçava-me, nesse sentido. (Lúcia, 2 PC)

E pronto, todos os meus filhos nasceram nas mãos do pai, só houve quem estivesse a observar todo o processo, só isso, não houve mais ninguém, foi só assim. E é fantástico partilhar o parto a dois. (Bárbara, 3 PC)

Devido ao processo de parto ser fisiologicamente feminino, o parto tem sido representado, tradicionalmente, como uma experiência exclusiva da mulher, sendo que quando os parceiros estão presentes no parto, são remetidos a papéis de apoio periférico. Contudo, a narrativa da Lúcia e da Bárbara sugere uma redefinição desses papéis, onde o parceiro assume um papel ativo no parto (como o exemplo descrito pela Lúcia de ajudar a mulher no momento das contrações). A coparticipação é enfatizada, revelando uma experiência de parto mais colaborativa e menos isolada para a parturiente.

Essa dinâmica sugere uma renegociação mais ampla das identidades de género e das expectativas sociais sobre a paternidade e o papel dos homens nas famílias contemporâneas, onde estes estão cada vez mais envolvidos em práticas que tradicionalmente seriam vistas como femininas, sendo esse envolvimento cada vez mais valorizado. A própria representação da paternidade pode ser influenciada pelo envolvimento ativo do pai no parto, que pode fomentar desde logo o envolvimento no cuidado da criança, numa paternidade mais ativa e presente, desafiando os modelos tradicionais de paternidade passiva.

A descrição da experiência como “muito bonita” ou “fantástica” sugere uma forte carga emocional positiva associada ao parto nos termos descritos acima, destacando a importância de um ambiente onde a mãe se sinta apoiada e acompanhada. A sensação que a Lúcia descreve de que o pai estava também a realizar o parto reforça a ideia de que foi uma experiência profundamente partilhada e significativa.

Nesse sentido, a Lúcia critica as instituições hospitalares, visto que “nos hospitais não é tão comum” os pais terem um papel tão ativo no parto. As práticas médicas e a estrutura institucional limitam a participação dos pais no parto, visto que se focam em procedimentos técnicos, forçando a separação de papéis entre mães e pais. A experiência descrita pela entrevistada transforma o parto de uma tarefa individual, caracterizadora de um parto em

contexto hospitalar, para uma experiência compartilhada, onde o apoio físico e emocional do parceiro valida os sentimentos e necessidades da mulher. O que sugere que o empoderamento no parto não é apenas uma questão de autonomia individual, mas também de suporte coletivo. Por seu turno, esta transformação pode ainda ter efeitos na representação dos seus papéis parentais.

Esta partilha emocional e física durante o parto parece ser uma das razões pelas quais as participantes consideram o evento tão positivo. As entrevistadas não se limitaram a mencionar o pai como acompanhante diferencial, sendo que duas contaram com a presença dos filhos mais novos durante o parto. A participação dos irmãos é descrita como uma experiência muito gratificante para a mãe. Este acompanhamento direto desenvolveu uma “ligação especial” entre os irmãos, que não seria possível num contexto de parto no hospital. A presença dos irmãos no momento do nascimento do mais novo é valorizada por promover uma relação de proximidade e afeto entre os mesmos.

Segundo a Mafalda e a Paula, o facto de os irmãos poderem dizer que viram o nascimento do bebé reforça essa conexão fraterna. Essa experiência única e íntima é contrastada com a realidade dos partos em contexto hospital, onde tal interação familiar imediata não seria possível.

Para mim foi muito gratificante neste segundo parto ter tido os meus pequenotes a acompanhar-me. Sinto que isso estabeleceu ali uma ligação muito especial entre eles, porque o mais pequenino para eles é o bebezinho e há sempre aquela ligação de eles muitas vezes dizem: “ah, nós vimos-te nascer”. É assim uma coisa muito especial que eu sei que não acontece quando os bebés nascem no hospital e o veem um ou dois dias depois, é aqui algo diferente. (Mafalda, 2 PC)

A Matilde cortou o cordão umbilical ao Mateus. No fundo, eles poderem chegar ali e cheirar o bebé, verem a placenta, verem o bebé, ver este processo. Acabou por acontecer naturalmente este envolvimento com os filhos, de eles poderem também presenciar o nascimento, claro perante a condição de crianças que eles eram, mas poderem acompanhar. E isto foi muito bom enquanto família. São as memórias deles. (Paula, 1 PH e 3 PC)

A presença dos filhos mais velhos durante o nascimento do irmão mais novo constitui-se como uma forma de socialização para a representação da família como uma unidade coesa, onde

todos os membros possuem papéis interconectados. Contribui de igual forma para a construção de uma identidade familiar compartilhada, onde, neste caso, momentos como a partilha “nós vimos-te nascer” tornam-se parte importante da memória coletiva (Halbwachs & Coser, 1992) dos irmãos – “são as memórias deles” – e da própria família.

A decisão de permitir que as crianças participem no processo de parto revela uma representação do nascimento como uma experiência mais familiar e inclusiva, em detrimento de um processo médico isolado. No hospital, seria “algo diferente”, onde os filhos mais velhos não poderiam participar, pelo que essa escolha pelo parto em casa pode ser uma afirmação de valores familiares. A presença das crianças no parto é também uma forma de significar o nascimento, ritualizando-o, onde o parto tem um significado especial de valorização familiar em detrimento de se constituir apenas como o ato físico de parir.

Com efeito, revela-se como o apoio emocional é essencial para uma experiência de parto positiva (Oakley, 1984), sendo que a rede de apoio se constitui como um fator muito relevante no discurso das participantes e representam-na como algo muito difícil de alcançar em contexto hospitalar. Em casa, os próprios profissionais de saúde constituem-se como alguém de proximidade e que integra a rede de apoio da parturiente.

Mesmo durante o parto, outro fator que é muito importante e também interfere no pós-parto é o conhecermos as pessoas que estão de facto presentes. Não são estranhos, são pessoas que estiveram a conversar connosco numa média de 6 a 7 meses em consultas por norma mensais ou até quinzenais, sendo mais frequentes à medida que o parto se aproxima, pessoas que a gente fala frequentemente por mensagem e por telemóvel e qualquer anseio a gente recorre a elas. Então de repente era o mesmo que estar a ter um filho não era com alguém que eu não sei ler as expressões e não sei interpretar as brincadeiras e essa pessoa não me sabe interpretar. (Nicole, 1 PH e 1PC)

E eu falo-lhe muito sobre aquela minha amiga que ainda hoje tem contacto com a doula dela. E eu acho que isso é das coisas mais importantes no parto, ter um ambiente com pessoas de confiança que nós conhecemos ao contrário do que acontece nos hospitais em que não conhecemos os médicos, os enfermeiros, os auxiliares que ali estão, e no parto domiciliar temos essa possibilidade, podemos garantir isso. Nós temos de estar à vontade no parto e sentirmo-nos confiantes com as pessoas que nos acompanham. (Matilde, SP)

A narrativa da Nicole e da Matilde reflete uma crítica implícita à despersonalização comum no cuidado médico institucionalizado. Nos hospitais, o parto, para além de não ser gerido pela parturiente, é frequentemente gerido por profissionais que a mulher não conhece ou com quem teve pouco contacto prévio, o que pode gerar sensações de alienação. Pelo que a Nicole e a Matilde destacam a importância de conhecer previamente a equipa que estará presente durante o trabalho de parto. Na perspetiva das participantes, a escolha pelo parto em casa prende-se, em parte, na importância da confiança das pessoas que acompanham o parto. Segundo o discurso da Nicole, essa confiança é construída através de interações regulares prévias com esses profissionais que vão acompanhar o parto, o que conduz a uma sensação de segurança e conforto para a gestante.

A Nicole refere a capacidade de “interpretar expressões e brincadeiras”, o que reflete a importância da comunicação não verbal e da compreensão mútua entre a parturiente e os profissionais que a estão a acompanhar. Essa relação, baseada na familiaridade, contrasta com a abordagem mais técnica e impessoal que caracteriza o cuidado obstétrico institucional (Davis-Floyd, 2001). A interpretação mútua permite uma resposta mais adequada às necessidades emocionais e físicas da gestante permitindo adequar as dinâmicas do processo de parto com as expectativas da mulher.

A referência da Matilde ao caso da amiga que “ainda hoje tem contacto com a doula dela” sugere uma relação próxima entre a mulher e a doula que transcende o momento do parto, envolvendo também suporte emocional e psicológico durante e depois de todo o processo do nascimento. A ideia de “sentirmo-nos confiantes com as pessoas que nos acompanham” sugere que o corpo da mulher no trabalho de parto não é apenas um objeto médico, mas um sujeito inserido num contexto subjetivo de relações, o que desafia o modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 2001) de assistência ao nascimento que se pratica nos hospitais.

Para além de se constituírem como alguém que integra a rede de apoio da parturiente, os profissionais de saúde que assistem o parto em casa são representados por algumas das participantes como profissionais com competências diferenciadoras, mais atualizadas para as necessidades das mulheres.

E também estes profissionais que optam pelo parto em casa têm uma formação diferenciadora, são pessoas que já estudaram um pouco mais ou fizeram coisas diferentes e atualizaram-se um pouco mais também para nos dar esta experiência. E muitas das vezes quando a gente vai a um hospital o profissional de saúde por exemplo

dá-nos ideias diferentes ou muito diferentes, e pronto isso para mim era muito importante. Por isso recomendo, adorei a experiência, se pudesse adorava voltar a repetir. (Laura, 2 PC)

Acho que aprendi muito mais com as doulas com quem me cruzei e o curso de yoga na gravidez sobre ter um parto do que com os médicos, com o meu obstetra por exemplo. Nunca há uma parte a explicar como vai ser, ou seja, correndo tudo bem sem intervenções...como vai ser. E eu não sei como é que estão os currículos dos médicos e obstetras, mas parece-me que estão muito desatualizados quanto à fisiologia do parto. (Filipa, 1 PH e 1 PC)

A Laura destaca que os profissionais que acompanham o parto em casa possuem uma formação diferenciada, sendo que investem em estudos e atualizações no âmbito de um aperfeiçoamento contínuo, o que a participante considera um fator positivo para a qualidade do atendimento. Existe uma comparação implícita entre os profissionais da saúde que atuam apenas no sistema hospitalar e os que acompanham partos no domicílio, realçando uma percepção de maior preparação, flexibilidade e atualização contínua por parte dos últimos.

A Filipa salienta que as doulas e o curso de yoga na gravidez foram mais úteis para a sua compreensão do parto do que os médicos e o seu obstetra, referindo que lhe parece que o currículo dos médicos e obstetras estão “desatualizados quanto à fisiologia do parto”. Pelo que existe uma crítica ao acompanhamento médico atual, refletindo a percepção de que esse conhecimento pode estar incompleto ou inadequado em relação a uma abordagem mais holística e natural do parto.

Esta representação de “formação diferenciadora” dos profissionais que assistem o parto em casa pode também estar associada ao tipo de conhecimento, refletindo um conflito de saberes – na medida em que as parteiras e outros profissionais que atuam fora do ambiente hospitalar tendem a valorizar o conhecimento baseado na experiência prática e na observação, em oposição ao conhecimento técnico e muitas vezes intervencionista do ambiente hospitalar (Rothman, 1991).

Dos fatores mais referidos pelas participantes como importantes para a escolha pelo parto em casa foi a humanização do parto e a autonomia da mulher. As entrevistadas expressam um desejo forte por um parto humanizado, onde se sintam empoderadas e respeitadas. Este desejo de humanização reflete uma representação social de controlo sobre o seu próprio processo de parto e um ambiente que valorize a sua autonomia durante o nascimento.

O que eu queria era algo o mais humanizado possível, onde eu me sentisse mais empoderada, mais respeitada. E não era de todo num ambiente hospitalar, não quer dizer que não haja partos maravilhosos num ambiente hospitalar, que os há, mas para mim não era de todo. E, portanto, eu idealizava algo que pudesse ser o mais familiar possível, o mais recolhido possível. O facto de a nossa natureza feminina, nomeadamente as mamíferas que se recolhem e vão para um canto específico e se afastam de toda a manada, de todo o grupo, sítios mais escuros, sítios onde estão longe de tudo, no fundo procurando esta proteção, porque é um momento de muita conexão connosco próprias. (Maria, 1 PC)

A narrativa revela a procura pelo controlo da própria experiência de parto, que se pretende que decorra da forma mais humanizada possível e que respeite a individualidade da mulher. O excerto destaca a importância de a parturiente ter oportunidade de escolher o cenário de parto que melhor atende às suas necessidades e expectativas, enfatizando a autonomia como um valor central. Esta autonomia no parto significa não apenas a capacidade de tomar decisões informadas, mas também a possibilidade de desenvolver um ambiente alinhado com as suas preferências, valores e representações.

A analogia com mamíferos, que se recolhem durante o parto, sugere uma representação social do parto inerentemente dependente dos instintos naturais, existindo uma rejeição implícita das práticas de parto desconectadas da fisiologia. Esta analogia evidencia uma representação social do parto que se traduz no retorno a práticas de parto mais naturais e intuitivas, onde o corpo e instinto da mulher são respeitados e valorizados. A referência a “sítios mais escuros, longe de tudo” também revela uma representação do parto que deve acontecer num ambiente em que a parturiente se sinta segura e potencie a conexão e introspeção com o próprio corpo.

A procura por um parto “familiar” e “recolhido” reflete uma representação do parto que deve ser íntimo num contexto de apoio e familiaridade e sugere a procura por privacidade e afastamento das distrações e intervenções comuns no ambiente hospitalar. Assim, pode também constituir-se como uma crítica implícita às práticas de parto que deslocam o nascimento do seu contexto natural e familiar para um contexto institucional, tratando-o tecnocraticamente como um evento clínico (Davis-Floyd, 2001). O que se revela ao expressar “não era de todo num ambiente hospitalar” que iria encontrar o contexto de parto pretendido, que indica uma resistência clara às normas institucionalizadas.

A ideia de se sentir “empoderada” e “respeitada” durante o parto está intrinsecamente ligada à capacidade de personalizar a experiência de parto de acordo com as necessidades e desejos individuais, revelando uma representação do parto como um processo personalizado às necessidades e vontades de cada mulher.

A narrativa também sugere uma dimensão espiritual na representação da experiência de parto, onde o processo de parir é percebido como um momento de profunda conexão interna. A procura por um ambiente que permita essa conexão pode ser vista como parte de um esforço maior para reintroduzir significados espirituais e emocionais no processo de parto. Rich (1995) aborda a necessidade de reapropriação da experiência de parto como um evento central na vida das mulheres. A preferência da entrevistada por um ambiente familiar e íntimo para o parto é uma reapropriação da experiência de parto como algo pessoal.

10.2.2 Gestão de riscos e receios

No que se refere à percepção individual de risco sobre parir em casa (Viisainen, 2000), existem várias representações do medo no parto em casa, sendo que o medo da dor é referido pela grande parte das participantes. Com efeito, a forma de lidar com o processo da dor envolve processos fisiológicos e psicossociais (Lowe, 2002).

De qualquer forma o que havia ali muito patente era o medo da dor, porque era uma coisa que vinha do primeiro parto, como foi um parto instrumentalizado, assumia a dor num patamar muito elevado. E era esse o medo, não era o medo de não conseguir ter a criança, mas era o medo de não conseguir suportar a dor. Porque sendo um parto natural não havia qualquer tipo de anestésico, qualquer tipo de medicação, a não ser que eu a pedisse, também estava disponível, também havia essa hipótese. (Francisca, 1 PH e 2 PC)

A única questão que eu punha era como eu nunca tinha vivenciado a dor, era se eu conseguiria ou não suportar a dor, como é que era. Mas estudámos a dor, estudámos todos os processos evolutivos da dilatação e o que é que acontece, foi por mim estudado e tive uma doula que me ajudou bastante, que foi a minha bússola. (Bárbara, 3 PC)

O primeiro excerto sugere que a dor é percebida e gerida de formas diferentes consoante o contexto de parto (natural *versus* medicalizado). O discurso da Francisca revela que o medo é exacerbado por uma experiência anterior de parto instrumentalizado, que estabeleceu a dor como uma experiência muito intensa. O que revela como o medo da dor pode ser agravado por experiências negativas anteriores, perpetuando uma representação do parto inerentemente doloroso e perigoso.

O receio específico não é de ser incapaz de realizar o parto, mas sim de não conseguir suportar a dor associada ao parto natural, especialmente sem o auxílio de medicação, apesar da disponibilidade dessas opções. A referência ao primeiro parto como “instrumentalizado” e à dor intensa que dele resultou sugere uma crítica à medicalização excessiva, onde intervenções como fórceps, ventosas, entre outras, podem aumentar significativamente a dor física e o impacto psicológico e emocional. Com efeito, a dor pode tornar-se central na experiência de parto, como se revela na narrativa da Francisca.

Esta representação da dor é transferida para experiências futuras, onde já não se constitui apenas como uma dor física, mas também emocional e psicológica, carregada de medo e incerteza. Pelo que a preparação para o parto, sobretudo em casos em que já existe alguma experiência de nascimento anterior, envolve um processamento emocional do entendimento físico da dor.

No segundo excerto, o medo da dor é influenciado pela ausência de experiência prévia. A incerteza sobre a capacidade de suportar a dor conduz à preparação meticulosa do processo, incluindo o estudo da dor e dos processos fisiológicos e de dilatação no parto. A narrativa da Bárbara destaca a importância da autonomia da mulher na escolha de como gerir a dor durante o parto. Embora exista a possibilidade de medicação, a decisão de se preparar para um parto natural através do conhecimento e do apoio de uma doula, reflete uma resistência às expectativas sociais de práticas de parto fortemente medicalizadas e uma procura por controlo e autonomia. O estudo dos “processos evolutivos da dilatação” constitui-se como uma forma de aumentar a agência da mulher no processo de parto, através do conhecimento, permitindo-lhe tomar decisões mais informadas no que toca à dor. A preocupação em “suportar a dor” e a decisão de passar por essa experiência sem recorrer imediatamente à medicação sugere um desejo de conexão com o próprio corpo de uma forma mais autêntica. O que sugere, também aqui, uma representação do parto que rejeita dinâmicas tecnocráticas de assistência obstétrica (Davis-Floyd, 2001).

A presença e o apoio de uma doula são destacados no segundo excerto como uma fonte crucial de orientação e suporte emocional, servindo como uma “bússola” durante o processo

de trabalho de parto, o que sublinha a importância do apoio contínuo e da orientação prática e educacional, apoiando a mulher nas complexidades do parto e a tomar decisões informadas. Esta preparação prática e emocional parece ser fundamental para enfrentar o medo da dor. Esta narrativa de resiliência ao receio da dor sugere que o medo é também uma força motivadora para o empoderamento.

Revela-se que a dor está na base do medo destas gestantes, podendo refletir uma construção de associação da dor a sofrimento, reforçada pelo modelo atual de assistência obstétrica institucionalizada. Ainda assim, algumas das participantes, quando questionadas acerca daquilo que foi a sua experiência de parto, minimizam de certa forma a importância da dor no processo.

Parir para mim é sempre uma coisa maravilhosa, portanto não sinto necessidade de grandes formas de alívio, não sinto necessidade de regradar nada daquilo que estou a sentir. Portanto acaba por os métodos de conforto digamos assim não terem um peso muito grande da experiência. (Jéssica, 2 PH e 2 PC)

Doeu muito, mas foi maravilhoso e eu olho para trás e foi maravilhoso, e quantas mulheres é que podem dizer, pelo menos que eu conheça, que tenham tido um parto maravilhoso? Todas elas dizem que foi horrível, e eu acho que é por isto que as mulheres escolhem ter um parto em casa. (Diana, 1 PC)

Ao contrário dos excertos anteriores, onde o medo da dor e a necessidade de preparação e alívio eram proeminentes, a Jéssica não sentiu necessidade de métodos significativos de alívio da dor. Parece aceitar e até valorizar a experiência da dor como parte integral do processo de parto, não sentindo a necessidade de “regradar” ou modificar o que está a sentir, o que contrasta com as narrativas captadas sobre o parto hospitalar, onde as demonstrações de dor eram frequentemente suprimidas por mecanismos de controlo externos ou internalizados. A representação de que o parto é uma “coisa maravilhosa” e a representação de que a dor, embora intensa, não diminui a positividade da experiência, desafia narrativas que associam o parto a sofrimento. Isso indica uma aceitação plena do processo natural do parto e uma confiança na sua capacidade de lidar com a dor sem intervenções.

Jéssica, que representa a dor desta forma, pariu duas vezes em contexto hospitalar, sendo que considera esses partos, a nível global, como positivos, o que pode reforçar a tese de Gayeski e colegas (2015) que argumentam que os níveis de satisfação com o parto estão

relacionados com a quebra do ciclo tensão-medo-dor. Dessa forma, a narrativa sugere uma dissociação entre dor e sofrimento, onde a dor do parto é representada como uma parte integrante do processo, sendo a sua aceitação e compreensão necessárias para uma experiência “maravilhosa”.

Diana refere que as mulheres que conhece relatam o parto como uma experiência “horrível”, o que sugere uma construção social negativa em torno do parto. Esta representação do parto como algo negativo pode ser perpetuada por narrativas de medo e sofrimento compartilhadas pelas mulheres, bem como por narrativas que enfatizem a necessidade de intervenções médicas para lidar com o parto e com a dor que advém do processo. A perpetuação da representação de que o parto é algo a ser temido e controlado é uma forma de controlo social sobre o corpo feminino.

Ao mencionar que muitas mulheres que conhece descrevem os seus partos como horríveis, reforça o argumento de que o ambiente hospitalar pode contribuir para essas experiências e representações sociais do parto com conotações negativas. A escolha de ter um parto em casa é percebida como uma tentativa de desenvolver um ambiente mais confortável, que potencialmente resulta numa experiência de parto mais positiva. Ao descrever o seu parto como “maravilhoso”, apesar da dor, a entrevistada oferece uma narrativa acerca de parir em casa como uma alternativa que desafia essas construções sociais negativas. A decisão de destacar a beleza e a positividade da experiência do parto natural é uma narrativa de resistência às representações que associam o parto a intervenções médicas desnecessárias e sofrimento inevitável e sugere que a perceção de uma experiência positiva pode ser influenciada por fatores além da dor física, incluindo o ambiente e o apoio recebido.

Ainda no que se refere a receios acerca da decisão de parir em casa, várias entrevistadas referem que tinham medo da forma como seriam tratadas no hospital devido a essa escolha. Destacam a falta de apoio institucional ao parto em casa por parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A comparação que fazem com a realidade de outros países sugere que uma melhor integração e apoio do SNS poderia facilitar essa escolha.

E o facto do parto domiciliário não ser apoiado pelo serviço nacional de saúde acaba por fazer uma grande diferença. Porque o meu maior receio não era ter que ir para o hospital caso houvesse necessidade de transferência, era a forma como eu ia ser recebida no hospital. Isso era o meu receio. Porque de facto não existe apoio, não existe compreensão como existe noutros países, não existe articulação com o serviço nacional de saúde e isso seria imprescindível. (Dora, 1 PH e 2 PC)

Bem, na minha primeira gravidez eu não referi nas consultas no centro de saúde que queria ter um parto domiciliar. Fiz o acompanhamento com o enfermeiro que esteve presente no parto durante a gravidez, mas do lado do centro de saúde eu nunca avisei que iria planear um parto domiciliar, porque era o meu primeiro parto e tive algum receio da receção que isso pudesse acarretar e da forma como eu fosse tratada.
(Mafalda, 2 PC)

No primeiro excerto, o medo principal da Dora não se constituía pela transferência em si, do contexto doméstico para o contexto hospitalar, mas constitui-se pela incerteza sobre a forma como seria recebida no hospital em caso dessa necessidade. Este receio revela que a participante representa que a sua decisão pelo parto em casa pode ser vista com preconceito pelos profissionais de saúde. Tal pode desenvolver barreiras na comunicação entre gestante e profissionais de saúde sobre as suas escolhas reprodutivas.

No segundo excerto, a entrevistada revela que não mencionou o seu plano de parto no domicílio durante as suas consultas devido ao medo do impacto dessa escolha na forma como seria abordada pelo centro de saúde. A decisão de não comunicar a intenção de realizar um parto em casa reflete uma preocupação de julgamento que revela uma tensão entre a autonomia reprodutiva das mulheres e o controlo exercido institucionalmente (e pelos profissionais de saúde). O receio de ser julgada revela falta de confiança nas instituições de saúde e um sistema que tende a restringir a autonomia da mulher. Esta falta de apoio ao parto em casa e o medo de julgamento institucional refletem a crítica de Illich (1975) à monopolização do parto pelo sistema médico, o que reflete como os discursos dominantes tendem a marginalizar experiências divergentes.

Este receio de julgamento vai para além dos profissionais de saúde, sendo que foram muitas as entrevistadas que referiram receio de julgamento por parte de familiares e amigos. E, por esse motivo, optaram por não abordar a sua decisão de ter um parto em casa com os pares.

Nós nunca contámos que íamos ter o parto em casa porque também ajudou muito a experiência do que já nos relataram, diziam que é lógico que se a gente falasse disso as pessoas iam colocar-nos medos e não incentivar à prática. E então nós tomámos a decisão de não o fazer, de não contar a ninguém. E pronto e fizemos dessa forma, preferimos não contar. Mesmo aos meus pais e à nossa família na segunda gravidez

dissemos que ia ser hospitalar, mas na verdade não ia ser, porque a família não era apologista dessa abordagem. (Laura, 2 PC)

E durante a minha gravidez eu tive algumas discussões ideológicas com a minha família que eram contra essa possibilidade então eu fui adiando a conversa e adiando e optei por não contar até ao nascimento. (Lúcia, 2 PC)

Os excertos acima evidenciam a necessidade de ocultar a decisão pelo parto em casa, o que destaca como a pressão social limita a expressão de escolhas individuais que não se alinham à norma hegemónica do parto no hospital. A decisão das participantes de não revelar a escolha pelo parto em casa reflete uma estratégia de proteção contra julgamentos e desincentivos, que se verifica muito nitidamente na narrativa da Laura, o que revela como a rede de apoio pode influenciar decisões reprodutivas (Bedwell et al., 2011).

A narrativa das entrevistadas também revela como o parto em casa pode ser representado socialmente como uma prática de risco, onde a perceção desse risco (Viisainen, 2000) pode conduzir ao desincentivo da prática por parte da rede de apoio ou outros intervenientes, revelando-se uma tensão entre as normas culturais dominantes e a autonomia individual.

Por outro lado, existiram alguns outros casos em que as participantes não tiveram esse receio de desincentivo e, por isso, abordaram o tema com os pares. No entanto, a receção ao plano de parto em casa revelou-se, em alguns casos, negativa, sendo acompanhada pelos julgamentos mencionados.

Porque eu acho que hoje em dia tudo o que saia do, vamos dizer, dito normal, é sempre metido em causa e obviamente posso dar um exemplo direto: eu tenho familiares meus que quando eu falo sobre isso acham que eu sou maluquinha, e dizem mesmo porque é que se o mundo evoluiu, porque é que parece que eu quero voltar atrás no tempo e porque é que me vou estar a sujeitar a mais dores. E neste caso na maneira de eles verem parece quase que eu sou uma tontinha que aqui anda, não tentam sequer compreender os motivos, nem tão pouco ouvem. Portanto, sim, há muito preconceito em relação a ter partos em casa, mas sinceramente não, não é isso que me vai impedir nunca de ter um parto em casa, porque o que interessa é o que eu acho e que naturalmente o meu namorado acha também. (Alice, SP)

Pessoas da nossa idade ficam assim tipo caladas, principalmente quando chegava ali perto das 40 semanas e eu percebia no olhar das pessoas que o olhar deles era tipo: tu estás a fazer asneira, o teu filho ainda vai morrer e tu estás cismada no parto em casa. Se não opinavam sobre esse assunto ficavam caladas, mas dava para perceber isso, porque no olhar deles... Ou então cheguei a ter a minha prima de 43 anos que ela teve três partos em que um deles correu mal, onde eu pensava ter uma opinião que me fosse ajudar e ela foi de todo contrário, foi ali assassinar-me na minha escolha e eu fiquei chocada. Disse que se acontecesse alguma coisa à criança seria um homicídio, que isso era proibido em Portugal os partos em casa, pronto eu estava à espera de uma opinião mesmo diferente e fiquei ali chocada com aquilo. (Alexandra, 1 PC)

Eu estava grávida para aí de 3 meses e eu tive assim um sonho que para mim quando eu acordei foi mesmo aquele sentimento de ter vivido aquele sonho. E foi um sonho onde eu estava a parir em pé, estava de pé, estava livre da minha escolha, dos meus movimentos. E aquilo quando eu acordei a meio do sono, a meio da noite, eu fiquei ali a pensar naquilo e fiquei tipo: mas eu acho que no hospital não é possível estarmos de pé, não nos vão deixar fazer aquilo que queremos. Então andei a procurar na net, Facebook, até pus a questão no grupo das mães 2021/2022, onde muitas disseram que eu era maluca, que eu não tinha noção do que é que estava a fazer, que estava a por a minha vida e a vida do meu filho em risco. Pronto, reprimiram-me pela escolha, pela pergunta neste caso porque foi só uma pergunta que eu tinha feito. (Esmeralda, 1 PC)

Os excertos acima destacam o preconceito e as reações negativas que as participantes enfrentaram ao expressar a intenção de ter um parto em casa. A Alice menciona que os seus familiares a consideram “maluquinha” e não tentam compreender os seus motivos, sendo que representam o parto em casa como um “retrocesso” ou uma “tontice”, o que reflete a hegemonia do modelo médico hospitalar de parto, onde a medicalização, como produto da modernidade, é representada como um progresso e segurança (Conrad, 2007). Aqui, é possível perceber como essa medicalização do parto conduziu à deslegitimação de outras formas de parir, atribuindo uma conotação de irresponsabilidade a escolhas como parir em casa.

No caso da Alexandra, a sua narrativa descreve os olhares de desaprovação e uma crítica severa da sua prima, que considerou a sua escolha pelo parto em casa como um ato

irresponsável. Essas reações refletem uma representação social negativa significativa em relação ao parto no domicílio, onde a preferência por métodos hospitalares é percebida como a única opção segura e racional.

O julgamento enfrentado por ambas ilustra como a normatividade social exerce pressão para a conformidade com o modelo dominante de parto. O exemplo da prima de Alexandra, que teve uma experiência de parto no hospital negativa, mas, ainda assim, deslegitimou uma escolha pelo parto em casa, revela como o controle social pode ser internalizado.

Apesar das reações negativas, ambas as participantes mostram uma forte convicção pessoal em relação à escolha pelo parto em casa. Mesmo com a pressão social inerente, Alice oferece resistência à institucionalização e à normatividade social ao enfatizar que “o que interessa é o que eu acho”, afirmando a sua autonomia reprodutiva. Alexandra, apesar de “chocada” com as reações, mantém o seu desejo de ter um parto no domicílio. Essa resistência a opiniões de terceiros e a insistência na escolha pessoal sublinham a importância da autonomia e da confiança nas decisões individuais sobre o parto.

Ainda assim, o preconceito de que são alvo e a percepção de falta de apoio por parte dos pares refletem o custo social de desafiar normas estabelecidas, o que pode tornar-se ainda mais penoso num momento sensível como o nascimento de um filho. As dinâmicas de reprovção que associam o parto em casa a perigo revelam uma cultura do medo disseminada nas sociedades contemporâneas, ignorando os benefícios ou as justificações racionais para essa escolha. A narrativa evidencia a dificuldade de sustentar escolhas reprodutivas que divergem da norma dominante, apontando para uma falta de pluralidade nas opções consideradas socialmente aceitáveis.

No caso de Esmeralda, a utilização do Facebook e de grupos de mães para discutir e partilhar experiências ilustra como as redes sociais são espaços de interação e construção de significados coletivos. Esses grupos funcionam tanto como apoio mútuo, quanto como locais de controle e regulação dos comportamentos aceitáveis (Castells, 2011). O discurso da entrevistada revela que a participação nesses grupos oferece uma oportunidade de partilhar experiências e aprender com outras mães, mas também expõe as participantes ao risco de julgamento e estigmatização (Goffman, 1981) por escolhas que desafiam as normas sociais dominantes. Como tal, as redes sociais refletem e amplificam as tensões entre o desejo por individualização e a necessidade de conformidade.

Tal como Alice e Alexandra, Esmeralda foi recriminada e considerada “maluca” (o mesmo adjetivo utilizado no caso de Alice) por questionar a possibilidade de um parto no domicílio, evidenciando como a pressão para a conformidade é exercida não apenas por autoridades

médicas, mas também por outras mães e atores sociais, que atuam como agentes de controle social.

Apesar de a grande maioria das entrevistadas que abordou o tema com os pares ter revelado que as reações à escolha pelo parto em casa foram negativas, existem outros casos em que se experienciaram reações positivas, tanto por parte de familiares e amigos como por parte de profissionais de saúde.

Houve pessoas que ficaram muito chocadas, houve outras que aceitaram bem, porque na verdade a mãe também tinha nascido em casa ou assim essas coisas. (Dora, 1 PH e 2 PC)

Fui novamente acompanhada no centro de saúde, fui acompanhada pela mesma médica que tinha acompanhado a primeira gravidez. E como ela depois do nascimento do primeiro filho soube então que ele tinha nascido em casa, e eu não senti que ela me tivesse julgado muito. Primeiro achou um bocadinho estranho, mas depois até começou a perceber quando eu lhe expliquei as razões e senti-me apoiada. E então nesta segunda gravidez já achei que não valia a pena andar a esconder o que quer que fosse e assumi logo de princípio que iria fazer a mesma coisa, que gostava que ela me acompanhasse até ao fim. (Mafalda, 2 PC)

A reação variada das pessoas ao parto em casa revela também uma multiplicidade nas representações sociais acerca do nascimento. A Dora afirma que algumas pessoas “aceitaram bem” a escolha pelo parto em casa porque se alinhava com práticas familiares anteriores, revelando como o capital cultural (Bourdieu, 1986) influencia diretamente as representações sociais acerca do parto.

Por outro lado, quando Mafalda relata que teve de explicar as suas razões à médica, evidencia o trabalho de justificação que as mulheres que escolhem o parto em casa podem ter de realizar para legitimar a sua escolha. A narrativa da entrevistada acerca da médica que, inicialmente, achou “estranho” o parto em casa, mas que acabou por aceitar e até mesmo apoiar essa decisão, ilustra a importância das relações de confiança entre parturiente e profissionais de saúde, o que se revela na decisão da entrevistada de não esconder a sua intenção de ter um segundo parto no domicílio. A transparência na comunicação com os profissionais de saúde pode ser representada como uma forma de empoderamento, onde a mulher afirma o seu direito sobre o seu parto e o seu corpo.

A resposta inicial da médica de considerar “estranho” o parto em casa, revela como o modelo biomédico domina as representações sociais sobre o parto. Contudo, a progressiva aceitação por parte da médica sugere que existe espaço para a inclusão de práticas alternativas dentro do discurso médico dominante e que certas tensões podem ser negociadas.

É interessante perceber como o tema do parto em casa também pode ser abordado com curiosidade ou preocupação, como se pode verificar pelo excerto abaixo, que reflete alguma diversidade de representações e escassez de conhecimento geral sobre o parto em casa:

Mas pronto, depois as pessoas já perguntavam muitas vezes se ele ia nascer em casa também e se eu não tinha medo. Também houve muita gente que ficou curiosa e a querer saber mais sobre o assunto, a querer saber mais sobre alternativas ao parto hospitalar, e como é que era se tivéssemos em casa e houvesse alguma complicação. Houve pessoas que ficaram genuinamente curiosas e a querer saber mais sobre o parto em casa. (Dora, 1 PH e 2 PC)

A curiosidade demonstrada por terceiros acerca do parto em casa, que a Dora refere, pode representar uma abertura para uma conversa mais ampla sobre a humanização do parto e as várias opções que existem para as mulheres. O que pode estar associado a uma mudança geracional nas representações sociais sobre o parto, tendo em conta que certos acontecimentos históricos e transformações sociais influenciam as representações e os valores das gerações ao longo do tempo (Pais, 1998).

Por outro lado, a curiosidade e o medo que o parto em casa pode despertar nas pessoas podem constituir-se como reflexos da confiança generalizada nas instituições médicas, que, ao longo dos anos, consolidaram a medicina moderna como a autoridade máxima sobre o corpo e a saúde – poder biomédico (Foucault, 1975, 2004).

Ainda acerca do medo, uma participante referiu que, no que se refere ao parto em casa, tinha receio de possíveis complicações no pós-parto imediato, nomeadamente uma hemorragia pós-parto. No caso, verifica-se que as preocupações com a hemorragia pós-parto são significativas, sendo que a rapidez do processo proporciona um alívio emocional importante, garantindo uma experiência mais tranquila e segura para a mãe.

Não estive assim muito tempo na banheira porque a água também estava fria, portanto depois também acabámos por apressar ali um bocadinho as coisas porque, entretanto, a placenta se descolou rápido como eu já tinha parado de expulsar. Então passamos

a bebê para o colo do pai e eu depois é que tirei a placenta sozinha. Para mim isso era uma grande preocupação, a parte da hemorragia pós-parto, e então para mim foi um descanso o processo ter sido assim relativamente rápido. (Liliana, 1 PH e 1 PC)

A descrição de Liliana, onde inclusive refere a retirada da placenta por conta própria (ainda que com a presença da parteira), evidencia um grau elevado de autonomia e agência no processo de parto, o que contrasta com as dinâmicas hospitalares de parto de poder e controle por parte dos profissionais de saúde. A experiência de lidar com a placenta sozinha pode constituir-se como uma ritualização do parto, que pode ter conotações simbólicas, representando uma transição física, emocional e espiritual, onde a mulher afirma a sua autonomia enquanto mãe.

Ao expressar a sua preocupação com a hemorragia pós-parto e ao mesmo tempo um alívio pela rapidez nos processos, a entrevistada demonstra uma abordagem consciente e informada do parto, onde a mulher é uma agente ativa em vez de uma paciente passiva. Esta preocupação também revela uma gestão dos riscos que, em casa, pode ser feita pela parturiente (ainda que acompanhada por profissionais de saúde).

Ainda assim, os riscos percebidos no parto em casa pelas entrevistadas são relativizados e minimizados quando comparados aos riscos iatrogênicos, como intervenções médicas desnecessárias, e aos riscos sociais, como a falta de apoio emocional e o ambiente impessoal, frequentemente associados ao parto no hospital.

O conforto de estar em casa e não estar com os condicionamentos do hospital... Para mim tem assim um peso grande. Obviamente o parto como forma de risco nunca me fez desconforto parir em casa. (Jéssica, 2 PH e 2 PC)

Na questão do parto em casa, posso recomendar vivamente, claro que sim, quem tiver oportunidade acho que é uma experiência que pode ser mesmo muito positiva. É muito seguro, porque em momento nenhum eu senti que estava a correr algum risco, a equipa de parto está sempre presente a avaliar tudo, está tudo muito bem sincronizado. A questão por exemplo se for necessária uma transferência para um hospital, isso também acontece, há situações em que acontece. (Laura, 2 PC)

Então se todos os mamíferos o conseguem fazer de uma forma natural, eu também o iria conseguir. É óbvio que os riscos foram sempre calculados, nós sabíamos que

podia haver riscos, mas é preciso conhecê-los, em que ocasiões, quais as causas, qual a origem das situações. E soube o suficiente para perceber que num hospital, um parto hospitalizado requer protocolos que nem sempre obedecem à nossa natureza fisiológica, vão contra a fisiologia natural, não dão tempo, há uma série de condicionantes que em si proporcionam, às vezes, os maus partos ou partos que são demasiado intervencionados. (Bárbara, 3 PC)

A afirmação “o parto como forma de risco nunca me fez desconforto parir em casa” reflete uma percepção subjetiva do risco que contrasta com as normativas biomédicas predominantes, as quais frequentemente associam o parto fora do hospital a um aumento do risco. Essa percepção é influenciada por diversos fatores, incluindo as determinantes sociais da entrevistada e a forma como o conceito de risco é construído e comunicado nas sociedades contemporâneas. A medicalização do parto pode exagerar os riscos do parto fora do ambiente hospitalar, o que pode conduzir a uma percepção pública de que o parto em casa é inerentemente perigoso. A experiência de Jéssica, por outro lado, sugere que, para algumas mulheres, o parto em casa pode ser percebido como menos arriscado e mais seguro devido ao ambiente familiar de conforto.

Laura também descreve o parto em casa como “muito seguro”, destacando a presença constante de uma equipa de profissionais que “está sempre presente a avaliar tudo”. Esta confiança na equipa de parto e na capacidade de sincronização do processo sugere que a percepção de segurança não depende apenas do ambiente físico, doméstico versus hospitalar, mas também da confiança nos cuidados prestados e na preparação para eventuais complicações, evidenciando uma gestão do risco através de mecanismos de confiança nas instituições e em especialistas (Beck, 2010).

Bárbara, ao dizer “sabíamos que podia haver riscos, mas é preciso conhecê-los”, revela uma consciência sobre as possíveis complicações, mediada pela representação de que, no ambiente doméstico, o trabalho de parto pode ser conduzido de forma mais natural, respeitando o tempo e o espaço do próprio corpo. Aqui, o risco é percebido como algo que é possível controlar com o conhecimento adequado e confiança no processo fisiológico. Essa minimização dos riscos associados ao parto em casa reflete uma visão de que o ambiente doméstico oferece mais controlo e segurança psicológica, em contraponto com o que ocorre no hospital. Por outro lado, os riscos percebidos no ambiente hospitalar não são apenas físicos, mas também iatrogénicos e sociais.

Portanto, no que se refere à percepção de risco no parto, existe uma comparação clara no discurso de algumas das entrevistas entre o ambiente hospitalar e o ambiente doméstico. O parto no hospital é representado como potencialmente mais invasivo e desumanizador, com riscos associados à própria dinâmica institucional da medicina contemporânea, onde o foco está na eficiência e no controlo técnico do processo de parto (Davis-Floyd, 2001), em detrimento da experiência subjetiva da mulher. Em contraponto, o parto em casa é representado como um processo natural e menos propenso a intervenções desnecessárias, oferecendo um ambiente mais familiar que respeita a fisiologia do corpo em trabalho de parto. Os riscos do parto em casa são, assim, relativizados em comparação com os riscos iatrogénicos do hospital. As entrevistadas parecem considerar o parto no domicílio como uma forma de recuperar a autonomia sobre os seus corpos e experiências de parto, representando a ausência de dinâmicas iatrogénicas como uma redução significativa do risco.

Revela-se pelo discurso das entrevistadas nesta investigação que parir em casa constitui-se como uma forma de resistência à medicalização excessiva e ao controlo institucional do parto, sendo que atualmente aspetos da vida quotidiana, como o parto, são transformados em eventos médicos geridos por profissionais de saúde. As entrevistadas parecem rejeitar as formas de controlo e disciplina exercidas pelos hospitais, como Foucault (1989) descreve em termos de biopoder e governamentalidade. A escolha de parir em casa pode ser interpretada como uma forma de retomar o controlo sobre o corpo e a experiência de nascimento.

Nota-se ainda que, apesar dos benefícios considerados de parir em casa, para o trabalho de parto, pós-parto imediato e fases subsequentes (que vamos analisar no próximo capítulo), o parto em casa é representado como um privilégio ao alcance de poucas parturientes.

Tenho pena que não seja uma opção para mais pessoas, porque acaba por ser um contexto muito privilegiado. Sem os recursos certos financeiramente, não é possível nós garantirmos um parto em casa. Por muito que eu gostasse de comentar a minha experiência no sentido de [dizer que] isto é possível, vamos avançar, e toda a gente poderia ter um parto em casa se quisesse, isso não é verdade, porque envolve muitos custos. E então também gostava muito de evoluir para uma realidade onde isto se torna muito mais acessível, e possivelmente através também do Sistema Nacional de Saúde, acho que era importante acrescentar mais uma opção às mulheres que assim o quisessem. (Isabel, 1 PH e 1 PC).

Isabel expressa frustração com o facto de o parto em casa não ser uma opção acessível para todas as mulheres, visto que envolve encargos financeiros significativos, o que reflete a forma como a experiência de parto está mediada por estruturas sociais e económicas (Foucault, 1975; Rothman, 1991). O que torna esta opção uma escolha limitada àquelas que têm os recursos financeiros adequados, colocando o parto em casa num contexto de privilégio (de classe – baseado em fatores económicos, sociais e culturais). Revela-se, assim, uma perceção de desigualdade de acesso a opções de parto, onde as mulheres com menos recursos não têm a possibilidade de optar por um parto em casa, mesmo que o desejassem.

Nesse sentido, a participante manifesta o desejo de que o parto em casa se torne mais acessível no futuro, refletindo uma preocupação com a igualdade de oportunidades e o direito das mulheres a escolherem o contexto do seu parto, independentemente da sua situação financeira. Pelo que sugere que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) deveria incorporar o parto em casa como uma opção, visto que a falta de apoio institucional reforça essas barreiras económicas.

Neste capítulo, revelou-se um diversificado conjunto de representações sociais em torno do parto, o que destaca como tanto as experiências subjetivas das mulheres como os contextos institucionais e culturais moldam práticas e representações sociais em torno do nascimento. Em simultâneo, emergem tensões entre os modelos biomédicos e humanizados de parto, as desigualdades de acesso a opções de parto e as ideias pré-concebidas associadas às escolhas reprodutivas.

Muitas participantes expressaram uma vontade de maior autonomia durante o parto, destacando a importância de terem autoridade sobre o próprio corpo e de as suas escolhas serem respeitadas. Esta representação que liga o parto à autonomia da mulher contrasta com relatos de intervenções médicas não consentidas, que são percebidas como intrusivas ou até violentas, conduzindo à discussão de práticas como a violência obstétrica. Assim, o parto é representado como um momento de conexão com a própria identidade e valores, no qual as mulheres procuram recuperar o protagonismo que se perdeu com a institucionalização do processo.

A narrativa das entrevistadas frequentemente reflete críticas ao modelo hospitalar, que é percebido como limitador e controlador. Elementos como a aceleração desnecessária dos partos, o medo de intervenções violentas e a falta de acompanhamento personalizado evidenciam as tensões entre o modelo biomédico e as expectativas e representações das participantes. Com efeito, a escolha pelo parto em casa surge, muitas vezes, como uma forma de resistência a esse modelo, reforçando a procura por um contexto mais humanizado.

A decisão sobre o local e o tipo de parto é frequentemente influenciada pelo ambiente social e pelos valores compartilhados. Alguns relatos mencionam preconceitos familiares e sociais contra o parto em casa, enquanto outros destacam curiosidade e aceitação. Esses relatos revelam como as normas culturais influenciam as escolhas reprodutivas, reforçando ou desafiando representações sociais dominantes sobre o “parto ideal”.

O apoio emocional, seja de profissionais, familiares ou do parceiro, é valorizado como central para uma experiência positiva de parto. Nesse sentido, existe um contraste significativo entre o ambiente hospitalar, descrito como impessoal e desumanizado, e o parto em casa, que proporciona maior conforto e segurança emocional.

Embora o parto em casa seja frequentemente descrito como uma experiência positiva, marcada por maior autonomia, conforto e proximidade emocional, é também representado como um privilégio, acessível apenas a quem possui os recursos financeiros adequados para suportar os custos associados. Pelo que a ausência de apoio institucional do SNS reforça desigualdades e limita as opções disponíveis às mulheres.

A narrativa das participantes evidencia de forma clara que a forma como a experiência de parto é percebida e vivenciada tem um impacto direto e significativo sobre a experiência do pós-parto. No capítulo seguinte, a análise decorre no âmbito de explorar detalhadamente as representações sociais do pós-parto, onde se procura perceber como o impacto emocional do parto, a adaptação ao novo papel de mãe e o equilíbrio entre expectativas e condições sociais reais moldam a vivência do pós-parto.

Capítulo 11 – Representações sociais do pós-parto

No que se refere ao período pós-parto, observa-se no discurso das participantes a emergência de representações, práticas e experiências marcadas por conotações simultaneamente positivas e negativas. Este período é frequentemente vivenciado e interpretado de forma ambivalente, caracterizando-se pela coexistência de elementos que podem gerar tanto satisfação e realização quanto desafios e dificuldades. Essa dualidade influencia de forma significativa a relação das mulheres com o próprio corpo, com o bebê e com a construção da sua nova identidade materna, evidenciando a complexidade emocional e social inerente a esta fase de transição.

11.1 Relação entre o parto e o pós-parto

As entrevistadas referem que a experiência de parto tem muita influência no pós-parto. Para além dos aspetos físicos que referem, são sobretudo realçados os aspetos psicológicos. Abaixo, cada entrevistada destaca diferentes aspetos da experiência de parto que têm impacto na forma como o pós-parto e o início da maternidade são vivenciados, sublinhando a importância da saúde mental, da resiliência emocional e da capacidade pessoal. As experiências positivas narradas pelas participantes reforçam a necessidade de práticas de parto que respeitem e empoderem as mulheres, proporcionando-lhes o suporte necessário para enfrentar os desafios do pós-parto com confiança.

Para mim a parte mais importante é a parte psicológica, psicologicamente fiquei muito mais forte. Muito mais... forte, muito mais com garra, autoestima. E acho que isso, enquanto mãe, enquanto mulher, é importante para depois conseguir combater tudo o resto, as noites mal dormidas, os choros, tudo isso. E foi muito importante no pós-parto, foram pós-partos muito melhores, sem dúvida. (Francisca, 1 PH e 2 PC)

Mas apesar [do pós-parto], de ter sido duro, acabou por não ter sido tão negativo porque eu estava demasiado feliz. (Jéssica, 2 PH e 2 PC)

E então na segunda filha eu estava sempre à espera de quando é que ia começar a sentir-me assim, chorosa e em baixo e a sentir-me estranha. E não passei por isso. Não é fácil lidar com dois filhos, é muito exigente, mas eu nunca me senti perdida nem fora de mim nem nada disso, pelo contrário. Senti-me muito capaz, muito forte. E isso

fez-me ter a certeza de ter em casa ter sido o melhor investimento da minha vida. Quer para a minha filha quer para mim, porque foi completamente diferente. (Liliana, 1 PH e 1 PC)

A análise do discurso dessas mulheres corrobora a tese de que a percepção da mulher acerca do seu parto possui um impacto significativo na saúde mental durante o período pós-parto (Kitzinger, 2006). Nesse sentido, torna-se evidente que o local escolhido para o parto exerce uma influência determinante nas vivências subsequentes, como demonstrado nas experiências partilhadas pelas participantes. As narrativas revelam que o processo de parto pode desempenhar um papel crucial no empoderamento feminino, promovendo uma sensação de força e autonomia. Ademais, destacam como essa experiência pode catalisar uma profunda transformação pessoal, na qual a transição para a maternidade é vivenciada como um momento de expansão tanto pessoal quanto social, fortalecendo a identidade da mulher como mãe.

Estas narrativas desafiam representações do pós-parto como uma fase debilitante e vulnerável para a mulher. Liliana tinha a expectativa de sentir-se “chorosa e em baixo”, visto que foi assim que se sentiu após o nascimento do seu primeiro filho, no hospital. Contudo, devido às diferenças no parto, e devido sobretudo ao empoderamento sentido no parto em casa, a entrevistada sentiu-se “muito capaz, muito forte” no pós-parto. Verificando-se um hiato entre aquilo que eram as suas representações e expectativas com aquilo que foram as suas práticas e experiência.

Com efeito, o ambiente familiar que o parto em casa oferece transmite controlo e segurança à mãe, fatores que se refletem de forma significativa no período pós-parto. Essa relação é amplamente evidenciada nos relatos das entrevistadas, que destacam como o contexto de conforto e de personalização do parto em casa contribui para experiências mais positivas, tanto no momento do parto e do pós-parto imediato quanto na adaptação à maternidade.

Nesta segunda experiência do parto em casa, como foi tudo muito tranquilo, muito cheio de confiança, sem eu me sentir minimamente ameaçada, e muito confiante no processo, isto fez com que eu também me sentisse muito confiante para cuidar da minha bebé. E assim foi, apesar dos desafios que depois eventualmente tive, sempre foi um pós-parto muito leve, muito confiante e muito tranquilo. (Isabel, 1 PH e 1 PC)

A questão de o local de parto ser em casa é a sensação de estar no espaço no conforto de estar na própria casa, sobretudo num pós-parto imediato. Aquele pós-parto imediato poder ser no conforto da nossa casa, do nosso quarto, da nossa comida, das nossas regras... (Jéssica, 2 PH e 2 PC)

Ambas as entrevistadas destacam a confiança e a tranquilidade proporcionadas pelo parto em casa que se transpõe para a vivência do pós-parto. A sensação de estar no “conforto da nossa casa” durante o trabalho de parto e o pós-parto é destacada como um fator crucial. Isabel menciona como a confiança no processo de parto em casa resultou na constituição de um pós-parto mais positivo, tendo aumentado a sua confiança no cuidado da sua bebé. A experiência de um pós-parto “muito leve, muito confiante e muito tranquilo” pode ser problematizada como um resultado direto do ambiente e do processo de parto. O que sugere que o contexto em que o parto ocorre pode ter um impacto muito significativo na saúde mental e emocional da mãe no período de pós-parto.

A importância da sensação de confiança e segurança no contexto domiciliar também é destacada, especialmente durante o pós-parto imediato, bem como o facto de oferecer liberdade de seguir as suas próprias regras e rotinas. A familiaridade de casa, incluindo a própria cama e alimentação, contribui para uma sensação de segurança e bem-estar. A narrativa sugere uma representação do parto em casa como um processo que permite um cuidado materno contínuo, que não é interrompido pela transição entre diferentes espaços (hospital e domicílio).

Por outro lado, o parto no hospital é frequentemente representado como a norma em muitas sociedades, refletindo a confiança na medicina moderna e na tecnologia como garantia de segurança para a mãe e bebé. Contudo, a execução de intervenções médicas durante o trabalho de parto em ambiente hospitalar pode, em alguns casos, prolongar o tempo de recuperação e impactar negativamente a experiência de pós-parto, sobretudo se ocorrerem complicações ou procedimentos invasivos.

Nota-se perfeitamente a diferença. Do Pedro nós viemos para casa ao fim de 2 dias e eu estava feita num caco tanto fisicamente como mentalmente. A amamentação estava a correr muito mal e tive pouco ou nenhum apoio lá e eu sentia-me mesmo mal principalmente por causa das manobras de kristeller que aquilo é horrível e fica-se sem conseguir respirar durante alguns dias porque fiquei com o diafragma todo magoado, em tudo foi horrível. Aliás, às vezes comparo as fotos de quando tive o Pedro

e as fotos acabada de ter o Bruno e quando tive em casa passado umas horas estava com um ar “fresco e fofo”. (Beatriz, 1 PH e 1 PC)

O primeiro foi um pós-parto muito complicado, com muitas dores, porque houve intervenção e instrumentalização. No caso houve tentativa de retirar a bebé com ventosas, não funcionou, depois houve recurso a fórceps. Houve episiotomia.... Pronto, foi um pós-parto e uma recuperação longa e dolorosa. Do segundo e do terceiro: nada. É como se não tivesse tido um filho. Foi muito tranquilo, não tive qualquer dificuldade. (Dora, 1 PH e 2 PC)

As intervenções médicas durante os partos no hospital são descritas como causadoras de dor e recuperação prolongada. Beatriz menciona as manobras de Kristeller e os seus efeitos negativos, enquanto Dora relata o uso de ventosas, fórceps e episiotomia, resultando num pós-parto complicado e doloroso. Em contraste, os partos no domicílio são descritos como livres de tais intervenções e, conseqüentemente, mais tranquilos e com recuperações mais rápidas e menos dolorosas.

Portanto, as próprias entrevistadas comparam um pós-parto de um parto no hospital com um pós-parto de um parto em casa, evidenciando representações e experiências opostas nos dois ambientes. Todas as participantes que experienciaram ambos os contextos referem uma experiência de pós-parto em casa mais positiva comparando com o pós-parto em contexto hospitalar. As participantes, como se evidencia nos excertos acima, comparam as suas experiências de parto e pós-parto, destacando diferenças significativas entre partos no hospital e em casa. Beatriz descreve uma experiência hospitalar negativa, onde enfrentou desafios físicos e emocionais, como a falta de apoio à amamentação e os efeitos das manobras de Kristeller. Em contraste, a descrição de como a participante se sentiu “fresca e fofo” após o parto em casa sugere que a preservação da autonomia durante o parto pode estar diretamente relacionada ao bem-estar no pós-parto. A comparação das fotografias após os diferentes partos evidencia a transformação subjetiva pela qual a entrevistada passou. Enquanto o parto no hospital a deixou exausta e debilitada, o parto em casa fez sentir-se rejuvenescida e forte.

Dora também relata uma recuperação longa e dolorosa após o primeiro parto no hospital, que se caracterizou por várias intervenções médicas, enquanto os partos subsequentes, em casa, foram tranquilos e sem dificuldades acrescidas. A comparação entre um pós-parto no hospital e o pós-parto em casa sublinha como a instrumentalização e as intervenções desnecessárias condicionam negativamente a confiança da mulher no seu corpo e nas suas

capacidades maternas. Enquanto o parto no hospital é representado associado a sofrimento físico e emocional, o parto em casa, menos intervencionado, representa-se associado a uma recuperação mais rápida e uma transição mais suave para a maternidade. O que destaca a necessidade de considerar não apenas os aspetos físicos do parto, mas também os emocionais e psicológicos, tanto na preparação como no suporte do pós-parto.

A referência às manobras de Kristeller, ventosas, fórceps e episiotomia como fatores que contribuíram para um pós-parto complicado e doloroso evidencia a questão da violência obstétrica (Barata, 2022; Brilhante et al., 2021). Esse tipo de intervenção que desrespeita a autonomia da parturiente não só impacta o corpo da mulher de forma imediata, como também afeta a sua experiência do nascimento e da maternidade, influenciando a sua capacidade de cuidar e amamentar. Por sua vez, estas dinâmicas podem repercutir-se na formação de representações, expectativas e práticas futuras relacionadas com a maternidade e o parto.

11.2 Informação e apoio ao pós-parto

A escassez de informação e conhecimento não se limita a constituir-se como um obstáculo durante a gravidez e no parto, mas estende-se também de forma significativa ao período pós-parto. Nesse contexto, a ausência de informações e orientações adequadas pode ter repercussões negativas tanto na saúde física quanto na saúde psicológica da mãe e do bebé, evidenciando a importância de um acompanhamento contínuo e informativo que permita lidar com os desafios dessa fase.

No hospital a minha mãe estava a tentar ajudar da melhor forma que sabia, mas foi doloroso ali os primeiros dias. Doloroso no sentido se calhar de não ter tanta informação como tinha do meu segundo filho. (Filipa, 1 PH e 1 PC)

Sim, este correu melhor porque já não houve nenhuma laceração, portanto, já foi um pós-parto bastante mais tranquilo. Também já sabia ao que é que ia (risos), havia mais conhecimento e mais experiência. (Mafalda, 2 PC)

Ambas as participantes salientam a importância do conhecimento, da informação e da experiência prévia no contexto do pós-parto. Filipa atribui parte da dificuldade do primeiro pós-parto à falta de informação, enquanto Mafalda destaca o facto do seu segundo pós-parto

ter sido mais positivo devido ao maior conhecimento e à experiência já adquirida no primeiro nascimento. Essa diferença no nível de preparação e conhecimento acerca dos desafios do pós-parto parece ter um impacto significativo na qualidade da experiência.

O facto de as participantes mencionarem que, durante o primeiro pós-parto, não possuíam conhecimento e que este foi adquirido apenas com a experiência sugere que muitas mulheres podem iniciar a maternidade desprovidas do suporte e das informações essenciais. Em contraste, os segundos partos das entrevistadas revelaram-se mais tranquilos, em parte porque as mães já possuíam uma compreensão mais clara do que esperar. O que ilustra a importância da educação perinatal e do suporte contínuo durante todo o processo de nascimento. Isso também sugere que a presença de profissionais bem informados e capacitados pode representar um diferencial significativo na qualidade do pós-parto, especialmente em ambiente hospitalar, onde a interação tende a ser mais técnica e menos pessoal. Mafalda ri ao mencionar que “já sabia ao que é que ia”, indicando que a experiência prévia lhe conferiu uma sensação de segurança e previsibilidade. Com efeito, o conhecimento acumulado e a experiência anterior resultaram num segundo pós-parto mais tranquilo.

Desta forma, a falta de conhecimento que as participantes referem pode conduzir à construção de representações sociais sobre o pós-parto alimentadas por mitos, expectativas irreais ou informações incompletas que circulam no imaginário coletivo. Essas representações, muitas vezes baseadas em suposições ou no senso comum, ao serem confrontadas com a realidade vivida após o nascimento do bebé, podem revelar-se imprecisas. Quando essas ideias preconcebidas são confrontadas com a experiência real após o nascimento do bebé, a mãe pode sentir-se pressionada a corresponder a um ideal de maternidade que não reflete a sua experiência concreta.

O pós-parto, não estava preparada. Pensas que depois nasce e vais perceber a linguagem daquele bebé que tu carregaste 9 meses e com o qual provavelmente criaste uma relação e, portanto, seria tudo muito intuitivo muito sensorial. Não, não estava preparada para aquilo. (Maria, 1 PC)

Ali os primeiros meses foram muito complicados. Eu sabia que iria ser sempre um processo novo e difícil, mas pensava que seria tudo muito mais natural e intuitivo e não foi. Se não fosse a minha doula que me apoiou e me explicou algumas coisas ainda teria sido pior. (Esmeralda, 1 PC)

Os excertos acima refletem um hiato significativo entre a idealização cultural da maternidade e a vivência prática do pós-parto. As participantes descrevem uma discrepância entre as expectativas e a realidade dessa fase do nascimento. Inicialmente, Maria esperava que a conexão desenvolvida durante a gravidez proporcionasse uma comunicação intuitiva e sensorial com o bebê. A participante esperava que, após o nascimento, entenderia as necessidades e a linguagem do bebê através de uma conexão que acreditava ter estabelecido durante a gestação. O que reflete uma representação da maternidade intuitiva desde o primeiro momento. Essa representação também se evidencia no caso de Esmeralda, que esperava um pós-parto “mais natural e intuitivo” face ao que se verificou na sua experiência.

Assim, o reconhecimento claro de Maria sobre o facto de não estar preparada para o pós-parto e para a comunicação com o bebê reflete um choque entre as expectativas desenvolvidas durante a gravidez e a experiência real de ser mãe. Pelo que, no caso desta participante, observa-se que a representação de que o instinto materno é suficiente para lidar com o pós-parto e com o bebê se constitui como infundada.

Esta narrativa também pode indicar deficiências na educação e preparação para o pós-parto oferecidas às gestantes. A sensação de não estar preparada e as diferenças entre representações e realidades podem conduzir a um sentimento de inadequação, o que pode contribuir para dificuldades emocionais no pós-parto. No caso de Esmeralda, a doula surge como figura central para mediar e facilitar o processo de adaptação, fornecendo apoio educacional, emocional e prático.

De um outro ponto de vista, a narrativa das entrevistadas revela que a experiência do pós-parto desempenha um papel crucial na construção de representações sociais e na formação de práticas futuras relacionadas com a maternidade, cuidado com o corpo e saúde reprodutiva. Dessa forma, o pós-parto não se limita a constituir-se como uma fase de recuperação física, mas emerge como um momento importante de aprendizagem, ressignificação e, por vezes, trauma, o que influencia representações sobre o próprio corpo e escolhas reprodutivas futuras.

Portanto ele, de repente, estava com essa confusão de não aceitar a mama sequer, tinha sido sujeito a estar acordado obrigatoriamente de 3 em 3 horas, para dar só 15 minutos em cada mama e depois dar o suplemento. Ora bem, isto é de uma agressividade para um recém-nascido, e depois eu queixava-me que ele adormecia e, de novo, em vez de verem o que é que se passava: o que é que foi? Não tem fome? Tem de ter, dispa-o e dê-lhe beliscões. E era este género de conselhos da batata doce que me davam. Quer dizer, mesmo num contexto hospitalar davam-me conselhos da

velhota dos anos 40 que não sabe nada e trata os bebês como se fossem um coelho. Mas pronto. Este foi um dos principais fatores para estar de pé atrás quando descobri a gravidez do Nuno, em relação ao hospital. Estava com um bocado mais de medo do pós-parto, ainda que soubesse que, em princípio, o parto corria bem. (Nicole, 1 PH e 1PC)

A menção a conselhos “da velhota dos anos 40” reflete a tensão entre os cuidados modernos baseados em evidência científica e o recurso a práticas tradicionais, que podem ser representadas como agressivas e desrespeitosas, especialmente no contexto da maternidade e dos cuidados neonatais. Aqui, os cuidados hospitalares são representados como inadequados assemelhando-se aos cuidados antigos.

No excerto, a expressão “dispa-o e dê-lhe beliscões” evidencia a desumanização que pode permear os cuidados neonatais, reduzindo o bebê a um objeto de manipulação para atender aos parâmetros hospitalares, como o de alimentar a cada três horas. Essa prática reflete a era do biopoder (Foucault, 1989, 2004) que se faz notar ainda nos dias de hoje. Nessa lógica, o corpo, tanto da mãe quanto do bebê, é sujeito a controlo e regulação por parte das instituições e da medicina, mesmo que se constitua em detrimento do respeito pelos processos fisiológicos naturais e pelas necessidades individuais.

Nicole revela que, com a sua experiência de pós-parto no hospital com o primeiro filho, desenvolveu um sentimento de medo e desconfiança em relação a uma nova gravidez e ao atendimento hospitalar, algo que já verificámos acima em casos de outras participantes que experienciaram episódios de violência obstétrica no parto. Essa desconfiança reflete uma quebra na relação de confiança entre paciente e instituição de saúde, conduzindo ao questionamento dos cuidados que lhe serão prestados no futuro. O que pode conduzir, como se verificou pelo caso da Nicole, à procura por alternativas à assistência no hospital, como parir em casa.

Por outro lado, a experiência da participante aponta para uma alienação em relação ao próprio corpo e ao bebê, uma vez que suas preocupações não são devidamente atendidas ou validadas. O enfoque no controlo do bebê e a falta de atenção às preocupações maternas sugerem uma abordagem tecnocrática da saúde (Davis-Floyd, 2001), onde o corpo da mulher e do recém-nascido são tratados de forma funcional, em vez de serem também compreendidos no seu contexto emocional e relacional.

Esse contexto de assistência ao nascimento revela-se nas representações que surgem nas narrativas acerca das experiências de algumas entrevistadas, onde a falta de acompanhamento

da mulher no pós-parto é predominante nas suas conceções, ou seja, evidenciam o facto de os profissionais de saúde priorizarem a saúde do bebé e negligenciarem as necessidades das mães. O que se pode prender com a pressão que foi sendo construída socialmente para o risco na saúde materna, potenciada pelo que significa para a renovação das gerações (Pintassilgo, 2014). Essa pressão para gerar novos indivíduos saudáveis, com o passar dos anos, começou a praticar-se naturalmente, sem se pensar nisso. Algumas entrevistadas dão o exemplo da falta de apoio à amamentação.

Eu muitas vezes pensei que se eu não soubesse aquilo que sei, se não tivesse a informação que tenho, os contactos que tenho, tão facilmente que eu tinha desistido, porque ninguém valorizava as minhas queixas. Eu ia ao pediatra, mas como o bebé estava a engordar bem ninguém queria saber da mãe, e é muito triste isso... é mesmo muito complicado. E percebi porque é que há muitas mulheres que deixam de amamentar, porque não sabem a quem recorrer e os pediatras que não estejam sensibilizados para essa questão não dão soluções. A solução que eles dão é introduzir um biberão, introduzir o leite artificial e passado pouco tempo o bebé deixa de mamar, e é isso. (Filipa, 1 PH e 1 PC)

Mas é facto também que se eu me tivesse deixado levar principalmente pelo pediatra e pela conversa do: isto vai ter de ser, há bebés que tem de ser. Quando na prática não olhavam para o problema que estava a acontecer na amamentação, nem sequer o procuravam, para resolver. (Gabriela, 1 PH e 2 PC)

Os excertos revelam uma crítica significativa das participantes à falta de suporte à amamentação por parte dos profissionais de saúde. A desvalorização das queixas das mães é recorrente, sendo referida por várias entrevistadas, especialmente quando os bebés apresentam um aumento de peso considerado adequado, conduzindo à desvalorização das dificuldades enfrentadas pelas mães. A narrativa sugere que o sucesso da amamentação é medido exclusivamente pelo crescimento do bebé ignorando os desafios físicos e emocionais enfrentados pela mãe.

Percebe-se que as entrevistadas consideram que o bem-estar e saúde da mãe são negligenciados na amamentação, existindo uma clara representação de negligência da mulher no pós-parto. A falta de soluções adequadas e a tendência dos pediatras para recomendarem a introdução de biberões e leite artificial, sem investigar e resolver os problemas de

amamentação, são mencionadas como potenciais causas principais para muitas mães desistirem de amamentar. A execução dessa solução rápida, sem explorar ou tentar resolver os problemas de amamentação, pode ser representada como um reflexo da falta de compromisso com a amamentação, o que ignora, para além dos benefícios do leite materno, o impacto emocional e psicológico do desmame precoce na mãe. Com efeito, Filipa afirma que a sua experiência a fez perceber o motivo de existirem muitas mães que deixam de amamentar precocemente: a mulher é negligenciada no processo.

Filipa reconhece ainda que, sem o conhecimento e os contactos que tinha, poderia facilmente ter desistido da amamentação, influenciada pelas recomendações médicas que não abordam os problemas subjacentes do processo, o que destaca a importância da rede de apoio e do acesso a informações precisas. A confiança nas recomendações dos pediatras, sem uma investigação adequada dos problemas, é representada como um obstáculo à amamentação bem-sucedida.

Neste capítulo, a análise das narrativas das entrevistadas evidenciou um conjunto de representações sociais complexas e multifacetadas sobre o pós-parto, refletindo a diversidade de experiências maternas. O pós-parto emerge como uma etapa que vai muito além da recuperação física da mãe, abrangendo desafios emocionais, sociais e institucionais. Vários excertos destacam o pós-parto como um período de fortalecimento emocional e crescimento pessoal. Para algumas participantes, esta etapa foi marcada pela autoconfiança e pela superação de desafios, reforçando a autoestima e a capacidade de enfrentar as adversidades da maternidade, refletindo sobre como a mulher reconstrói a sua identidade ao integrar experiências vividas (Giddens, 1997). No contexto do pós-parto, o fortalecimento das mulheres aparece como uma resposta ativa às dificuldades, permitindo-lhes redefinir-se enquanto mães e enquanto mulheres.

Por outro lado, o pós-parto também é representado por algumas das participantes como uma fase de intensos desafios físicos e emocionais. Neste contexto, a representação do pós-parto está relacionada à dor, cansaço extremo, dificuldade na amamentação, e falta de preparação para lidar com as necessidades do recém-nascido. As experiências das entrevistadas revelam que essas dificuldades são frequentemente agravadas pela ausência de apoio e pela perpetuação de práticas desumanizadoras no contexto hospitalar. Pelo que se revela como as normas institucionais perpetuam uma sensação de impotência entre as mães – uma forma de violência simbólica (Bourdieu, 1998, 2011) –, muitas vezes invisibilizando as suas necessidades.

Existe uma forte representação, entre as participantes, de uma invisibilização das mães no sistema de saúde, no pós-parto. Vários relatos mencionam que as suas queixas foram negligenciadas, sobretudo em relação à amamentação, quando o foco dos profissionais estava exclusivamente no bem-estar do bebê. Essa falta de atenção institucional reflete desigualdades de gênero estruturais que negligenciam as necessidades das mulheres após o parto, o que revela como as mães são frequentemente marginalizadas no sistema biomédico, sendo representadas apenas como veículos para o bem-estar dos bebês, enquanto as suas próprias experiências e desafios são secundarizados (Oakley, 1984).

A qualidade da experiência de pós-parto é vista como diretamente dependente daquilo que foi a experiência de parto. Mulheres que relataram partos percebidos como tranquilos e respeitadores tendem a descrever o pós-parto como mais leve e positivo, enquanto aquelas que enfrentaram intervenções médicas desnecessárias ou outras práticas hospitalares desumanizadoras descrevem um impacto negativo tanto físico quanto emocional nas fases subsequentes da maternidade. O discurso das participantes reforça a importância de compreender o pós-parto como uma continuação das condições que acompanham todo nascimento, destacando como as práticas, também neste período, podem influenciar negativa ou positivamente a experiência materna.

Conclusão

Os resultados evidenciaram que a transição para a maternidade pode ser considerada um processo de transformação, que pode ser vivida e representada de formas diferentes, dependendo das circunstâncias pessoais e sociais de cada mulher, incluindo a sua situação socioeconómica, rede de apoio, e as expectativas culturais que a rodeiam.

No discurso de várias entrevistadas, a gravidez emerge como uma transição de tal relevância que é frequentemente descrita e representada como um verdadeiro rito de passagem para uma nova fase da vida: a maternidade, que se inicia com o nascimento do filho. Esta transição, sendo profundamente transformadora a nível pessoal e familiar, é representada como um marco que separa duas etapas distintas na vida da mulher – o antes e o depois da maternidade. Dessa forma, a gravidez não só é reconhecida pela sua importância emocional e simbólica, como também é encarada como um processo que requer uma preparação cuidadosa e um acesso adequado à informação. A necessidade de se prepararem adequadamente para o que está por vir é salientada pelas entrevistadas, que consideram fundamental o apoio e os recursos que lhes permitam enfrentar com confiança os desafios desta nova etapa, consolidando assim o papel da maternidade nas suas trajetórias de vida.

Alguns dos resultados desta investigação podem ser interpretados à luz de questões de ordem estrutural, que estão diretamente relacionadas com as características das mulheres entrevistadas e com o contexto social em que estão inseridas. Entre esses fatores estruturais destaca-se a crescente medicalização da sociedade, que influencia as perceções e práticas em torno do parto e da saúde reprodutiva, de um modo mais amplo.

O discurso de várias entrevistadas apoia a ideia de que a assistência obstétrica atual se caracteriza, em grande medida, por um elevado nível de intervenção médica, refletindo um modelo tecnocrático do nascimento. O parto no hospital é representado pelas participantes como parte de uma tendência maior de tecnocratização do parto, onde o foco está na eficiência e no controlo médico, frequentemente à custa da experiência individual da parturiente, a nível físico, emocional e psicológico. Esse distanciamento pode dificultar o desenvolvimento de um ambiente de confiança e segurança emocional, que é considerado pelas entrevistadas como fundamental para o bem-estar da mãe durante todo o processo do nascimento (gravidez, parto e pós-parto).

O foco excessivo na intervenção médica diminui frequentemente a autonomia da mulher durante o parto, que é representado pelas participantes como sendo, à partida, potencialmente natural e como devendo ser centrado na parturiente. Este foco excessivo nas intervenções, que

se associa ao hospital, transforma o processo num evento altamente controlado pelos profissionais de saúde. Dessa forma, essa percepção de “excesso de intervenções” está frequentemente associada a representações sociais de violência obstétrica. Um dos fatores que contribuem para esta problemática é a dinâmica de poder desequilibrada entre os profissionais de saúde e as parturientes, especialmente no contexto hospitalar. Esta dinâmica de poder contribui para a formação de representações do parto no hospital associadas a uma gestão do nascimento orientada principalmente pela conveniência médica e hospitalar, enquanto a experiência da parturiente é muitas vezes subordinada a considerações logísticas e institucionais. Nesse contexto, o parto é frequentemente representado como um evento controlado e conduzido de acordo com protocolos padronizados, onde a eficiência e a conveniência para o sistema médico prevalecem sobre uma abordagem personalizada e humanizada do nascimento.

Além dessas questões estruturais, é igualmente importante considerar fatores conjunturais e contextuais que influenciam as experiências das entrevistadas. Um exemplo significativo é o contexto pandêmico, que afetou profundamente o acesso aos serviços de saúde, alterou protocolos médicos e impôs novas restrições, afetando diretamente a forma como as mulheres vivenciaram o parto durante esse período. Assim, tanto os fatores estruturais, como a medicalização da sociedade, quanto os fatores contextuais, como a pandemia, desempenham um papel fundamental na compreensão dos resultados obtidos, influenciando as representações e as experiências de parto das entrevistadas.

No contexto pandêmico, pelo qual algumas das entrevistadas passaram enquanto grávidas ou parturientes, a opção pelo parto em casa pode ser considerada como uma crítica implícita à inadequação das respostas institucionais à crise. A falta de flexibilidade e a rigidez das políticas hospitalares não só comprometeram a experiência do parto, mas também forçaram as mulheres a procurarem alternativas fora do sistema de saúde formal, contribuindo para representações de um sistema de saúde ineficaz em atender às necessidades diversas das mulheres em tempos de crise.

A pressão para que as mulheres se conformem às normas institucionais, bem como o medo de ficarem isoladas no ambiente hospitalar, exemplifica como as decisões reprodutivas são frequentemente moldadas por forças externas que restringem a sua autonomia. Estas pressões institucionais e sociais limitam a capacidade das mulheres de exercerem plenamente a sua agência sobre o processo de parto, impondo padrões que muitas vezes não correspondem às suas preferências ou necessidades individuais. Neste contexto, a escolha pelo parto em casa pode ser interpretada como uma forma de resistência a essas imposições. Ao optar por parir

fora do ambiente hospitalar, as mulheres estão, de certa forma, a reivindicar o seu direito de controlar o seu próprio corpo e a moldar a sua experiência de parto de acordo com os seus próprios termos.

A análise sobre o motivo das participantes optarem por partos em casa sugere que essa escolha é, em parte, uma resposta à percepção negativa do parto no hospital, onde a experiência é frequentemente descrita como “horível”. Essa decisão pode ser considerada como uma forma de resistência à medicalização do parto e uma procura por uma experiência mais enquadrada com uma representação do parto como uma experiência empoderadora e humanizada. Essa escolha está relacionada com uma representação clara do parto como um ato de autonomia, onde a mulher retoma o protagonismo e a liberdade de decidir, desafiando as normas institucionalizadas que tendem a centralizar o poder nas mãos dos profissionais de saúde. Desta forma, o parto em casa não é apenas uma alternativa prática, mas também uma declaração simbólica de empoderamento e autodeterminação em relação à experiência do nascimento.

Aqui, a agência das mulheres revela-se numa dupla dimensão: por um lado, na autonomia para fazer escolhas que respeitem as suas crenças e valores pessoais; por outro, na crítica ao sistema biomédico dominante, desafiando as normas culturais que delegam exclusivamente à medicina o controlo sobre o corpo feminino no momento do parto. Este posicionamento reforça a importância do parto como um processo socialmente significativo, em que as mulheres não são apenas pacientes, mas participantes ativas, influenciando o modo como o parto é representado e vivido na sociedade contemporânea.

Ao expressarem o desejo por um parto que seja “o mais humanizado possível”, as participantes estão, na verdade, a reivindicar um espaço de autonomia e poder onde as suas escolhas, preferências e necessidades se tornam centrais. Este ideal de humanização do parto reflete uma crítica implícita aos modelos de assistência obstétrica mais tecnocráticos e medicalizados, que muitas vezes colocam as decisões nas mãos dos profissionais de saúde e não nas parturientes.

A escolha por um parto natural, mesmo quando existe a opção de anestesia, reflete uma representação do parto como um processo que deve ser experienciado de forma integral, assumindo a dor como uma parte inerente e significativa desse momento, ao invés de algo que deve ser evitado a qualquer custo. Essa decisão sugere uma revalorização do parto natural, onde a dor é representada não como um obstáculo, mas como um elemento que reforça a conexão com o processo fisiológico e emocional do nascimento.

Essa representação positiva da dor levanta questões importantes sobre como as mulheres são socialmente condicionadas a perceber e reagir à dor do parto. Historicamente, a dor associada ao nascimento tem sido vista como algo a ser suprimido pela medicina, o que reflete uma visão tecnocrática do parto, onde o conforto imediato é priorizado. No entanto, o crescente interesse pelo parto natural sugere que algumas mulheres estão a reconfigurar essa percepção, questionando os valores tradicionais em torno do alívio da dor. Ao optarem por vivenciar o parto na sua plenitude, estão a reivindicar uma experiência mais autêntica e empoderada, onde a dor é integrada como parte natural e enriquecedora da experiência do nascimento.

A ausência de apoio institucional ao parto em casa pode conduzir a sentimentos de isolamento e a tomadas de decisões com base em medos e incertezas por parte das gestantes, em detrimento de decisões com base em informações e suporte adequados. A falta de articulação entre o parto em casa e o Serviço Nacional de Saúde significa que as mulheres que optam por essa via podem não receber o cuidado contínuo necessário, especialmente em situações de emergência. Esse contexto desenvolve um cenário em que as participantes representam o parto em Portugal como um processo em que a autonomia reprodutiva é exercida em condições adversas, com riscos adicionais que poderiam ser mitigados com apoio institucional adequado. Dessa forma, existe uma representação entre as participantes, mais ou menos implícita, de que o parto em Portugal pode ser interpretado como uma questão de justiça reprodutiva, onde nem todas as escolhas das mulheres são igualmente valorizadas ou apoiadas pelo sistema de saúde, o que pode conduzir a desigualdades no cuidado e nas experiências de parto.

O discurso das entrevistadas evidencia que a percepção da mulher sobre a sua experiência de parto pode ter um impacto profundo na sua saúde mental durante o período pós-parto. A forma como a mulher representa a sua experiência de parto – seja uma representação positiva ou negativa – influencia diretamente o seu bem-estar emocional e psicológico nos meses subsequentes. A narrativa das participantes sugere que sentimentos de satisfação, controlo e respeito durante o parto podem contribuir para um pós-parto também ele mais positivo e mais equilibrado. Enquanto, em contraponto, experiências de falta de autonomia e desrespeito podem conduzir a situações de tensão, incoerência ou mal-estar físico ou psicológico. Entre as participantes, emerge frequentemente a representação de um impacto relevante das intervenções médicas desnecessárias, que se associam, nas narrativas captadas, ao desenvolvimento de patologias psicológicas, a um prolongamento do tempo de recuperação física da mulher, e a uma influência negativa mais ampla da experiência de pós-parto.

A falta de conhecimento sobre o pós-parto pode conduzir à formação de representações sociais infundadas, alimentadas por mitos, expectativas irreais ou informações fragmentadas que circulam no imaginário coletivo. Estas representações, muitas vezes baseadas em suposições ou no senso comum, não refletem a complexidade da realidade vivida após o nascimento do bebê. Quando essas ideias preconcebidas entram em conflito com a experiência real da mãe, surge um desfasamento entre o ideal de maternidade promovido por essas representações e a vivência concreta, podendo verificar-se, neste contexto, um hiato entre as representações sociais, as práticas e as experiências.

De um outro ponto de vista, a narrativa das entrevistadas revela que a experiência vivida no pós-parto tem um papel fundamental na construção de representações sociais e na formação de práticas futuras relacionadas à maternidade, ao cuidado com o corpo e à saúde reprodutiva. O modo como as mulheres vivenciam e interpretam o período pós-parto influencia diretamente as suas percepções sobre o que é ser mãe, bem como as expectativas e decisões que irão tomar em futuras gravidezes, partos e pós-partos. Esta dinâmica revela que o pós-parto não é apenas uma fase de transição, mas também um período de formação de novas representações e práticas, que contribuem para o entendimento social e cultural da maternidade e dos cuidados com o corpo feminino.

O que também emerge na narrativa da experiência de algumas entrevistadas é uma representação de falta de acompanhamento adequado à mulher durante o pós-parto. As participantes revelam que os profissionais de saúde tendem a priorizar a saúde e o bem-estar do bebê, muitas vezes em detrimento das necessidades físicas e emocionais da mãe. Esse foco quase exclusivo no recém-nascido pode resultar numa sensação de abandono ou negligência por parte das mulheres, que sentem que o seu processo de recuperação e adaptação à maternidade não recebe a devida atenção. A falta de suporte adequado, tanto em termos de cuidado médico como de orientação psicológica, contribui para a construção de uma representação do pós-parto como uma fase em que as necessidades da mulher são secundarizadas. Este desequilíbrio na atenção prestada reflete-se nas narrativas das entrevistadas, evidenciando a necessidade de um modelo de cuidados mais inclusivo, que valorize tanto a saúde do bebê como o bem-estar integral da mãe.

A crítica e o julgamento enfrentados pelas participantes, ao revelarem a outros intervenientes sociais a sua intenção de parir em casa, revela uma pressão social para a conformidade, onde o parto no hospital não só é representado por esses intervenientes como o padrão a seguir, mas também como a única escolha socialmente validada e legitimada. Essa uniformidade forçada, ao marginalizar outras opções, como o parto em casa ou o parto natural

sem intervenções, levanta questões sobre a verdadeira liberdade de escolha disponível para as mulheres em contextos onde a diversidade de práticas de parto é desincentivada ou até deslegitimada.

Essa situação sugere que, em muitos casos, a decisão sobre como parir pode ser influenciada mais por normas institucionais e culturais do que pela autonomia ou preferência individual. Quando apenas um modelo de parto é reconhecido como “correto” ou “seguro”, outras formas de viver essa experiência, mesmo quando informadas e fundamentadas, acabam por ser consideradas com desconfiança ou desvalorizadas. Assim, a crítica e o julgamento social reforçam um sistema que limita as opções das mulheres, questionando até que ponto a liberdade de escolha no parto é genuinamente garantida quando alternativas são estigmatizadas ou desqualificadas.

Neste contexto, e de acordo com a perspectiva das participantes, o local de parto assume-se como um fator crucial na experiência do nascimento. A análise revelou que a escolha entre o parto no hospital e o parto em casa é percebida como uma decisão que afeta diretamente a forma como a mulher vivencia o processo de parir. O local de parto não é apenas um cenário físico, mas sim um elemento central que influencia a autonomia, o conforto e o controle que a mulher sente durante o parto. Assim, o local de parto emerge como um fator determinante para a qualidade da experiência de nascimento, sendo muitas vezes visto como um reflexo da capacidade da mulher de exercer a sua autonomia e vivenciar o parto de acordo com as suas expectativas e desejos.

Essas experiências influenciam não apenas as representações individuais, mas também as representações sociais mais amplas, dado que as narrativas das mulheres são frequentemente partilhadas e integram o imaginário coletivo sobre o que significa vivenciar o nascimento de um filho. As formas como lidam com os desafios físicos e emocionais do parto, como recuperam do processo de nascimento e como se ajustam à nova realidade materna acabam por moldar não só as suas escolhas e práticas futuras, mas também as das suas redes de apoio, que podem incluir familiares, amigas e profissionais de saúde. Desta forma, essas vivências não só afetam as práticas individuais, como também têm um impacto nas representações coletivas e nas dinâmicas sociais em torno do parto e da maternidade.

Como já se referiu, o foco central desta investigação reside nas representações sociais, e não nas experiências. No entanto, um resultado particularmente interessante que emergiu da análise das entrevistas foi a forma como as experiências pessoais influenciam e moldam essas representações. As vivências passadas das participantes revelaram-se elementos fundamentais

na ressignificação das suas representações sociais, evidenciando uma relação dinâmica entre o que as pessoas experienciam ao longo da vida e as percepções sociais que constroem ou reformulam com base nessas vivências. Nomeadamente, no caso das participantes que já tinham passado por partos anteriores, a forma como percebem e interpretam essa experiência tende a reestruturar as suas representações sociais acerca do parto. Essa reformulação não só altera as suas percepções, como também influencia diretamente as suas escolhas futuras. As decisões que tomam em gravidezes subsequentes estão muitas vezes fundamentadas nessas representações, como se observa em casos de participantes que, tendo vivenciado partos hospitalares que consideram negativos, optam por escolher o parto em casa em futuras gestações. Este exemplo ilustra como as experiências anteriores podem moldar representações e, por consequência, orientar as preferências e comportamentos futuros relacionados com o parto. Esta interação entre experiência e representação torna-se, assim, um contributo relevante para a compreensão dos processos de construção social.

Por outro lado, na análise do discurso destas participantes que já vivenciaram a experiência do nascimento, embora o discurso pareça centrado em práticas e experiências vividas, é possível identificar representações sociais subjacentes que nem sempre são explicitamente articuladas. Estas representações, implícitas na narrativa das entrevistadas, desempenham um papel fundamental na construção das suas percepções e interpretações sobre o parto, a maternidade e as decisões tomadas nesse contexto. Assim, ainda que o foco aparente esteja nas dimensões práticas e experienciadas, são essas representações latentes que influenciam de forma decisiva a forma como as entrevistadas estruturam e comunicam as suas vivências.

No caso das participantes que ainda não tinham vivenciado a experiência do parto, foi possível identificar um conjunto de representações sociais e expectativas mais explícitas, as quais emergem de diferentes fontes de influência. Essas representações parecem ser moldadas, em grande parte, pela ausência de uma vivência pessoal concreta, o que abre espaço para que as percepções sejam formadas a partir de informações indiretas e subjetivas. Verifica-se que as representações sociais do nascimento e do parto em casa, no caso destas participantes, são frequentemente ancoradas em relatos de familiares, amigas, ou profissionais de saúde, bem como em conteúdos mediáticos e informações disseminadas pela sociedade.

Evidencia-se que em todas as entrevistas os aspetos que surgem e o balanço que se faz acerca do parto em casa é sempre um balanço muito positivo, o que não significa que não existiram fatores menos positivos. Optar por um parto em casa é uma decisão que envolve um elevado sentido de responsabilidade por parte da mulher e do casal. Ao tomarem essa decisão

de forma ativa e consciente, assumem diretamente a responsabilidade pelo que acontece. Isso desenvolve um forte sentimento de autorresponsabilização, o que pode conduzir muitas mulheres a destacarem mais os aspectos positivos da experiência, visto que se focam no facto de terem sido as mesmas a decidir (de forma mais ou menos consciente). Quando a decisão é pessoal, existe uma tendência natural para valorizar os aspectos positivos, porque foi algo que decidiram por si mesmas, com base na sua vontade e informação. Por outro lado, quando a decisão sobre o parto é considerada como imposta por alguém ou por normas institucionais (por exemplo, um médico ou o hospital), será mais fácil para a mulher concentrar-se nos aspectos negativos, porque sente que não teve controlo sobre o processo. Esta ideia está relacionada com conceitos como a capacitação e a responsabilização, onde o facto de a mulher estar informada e de poder tomar uma decisão consciente faz com que sintam mais controlo na sua experiência. Assim, quando uma mulher relata uma experiência de parto em casa, é provável que a descreva de forma mais positiva, porque foi uma decisão que tomou conscientemente e, além disso, foram respeitadas as condições que ela determinou desde o início. A sensação de ter sido ouvida e de ter tido controlo sobre o processo torna a experiência mais satisfatória, o que influencia a forma como a mulher interpreta e partilha a sua experiência.

Quando as pessoas têm mais controlo sobre as condições do seu parto, é mais provável que a experiência tenda a ser percebida e representada como mais positiva. Esse sentimento de controlo facilita também a gestão de imprevistos, pois a pessoa sente que está preparada e que a situação está, em grande parte, sob a sua influência. Além disso, existe uma tendência para se destacar os aspectos positivos, especialmente quando o parto em casa é uma decisão consciente e pessoal. Isso pode desenvolver uma percepção mais favorável e até mais meritória da própria escolha, reforçando a imagem positiva do parto em casa. Isso não significa, necessariamente, que as pessoas estejam a omitir ou esconder aspectos negativos. Pode até ter sido uma experiência globalmente positiva. No entanto, é provável que tenha havido algum detalhe ou situação menos ideal que a pessoa, conscientemente ou não, não esteja a valorizar tanto. Uma atitude de um profissional de saúde ou uma complicação menor, por exemplo, podem acabar por ser minimizados ou não reconhecidos como algo que podia ter sido melhorado, sobretudo quando a narrativa se centra na ideia de sucesso e autonomia. As pessoas podem, por vezes, demonstrar alguma prudência ou resistência em partilhar esses nuances ou em admitir que a experiência teve elementos que não correram tão bem. Isso pode dever-se ao desejo de preservar a imagem positiva que construíram em torno da decisão de ter um parto

em casa, especialmente quando essa escolha é considerada como um reflexo da sua autonomia e capacidade de decisão.

O parto em casa exige da mulher uma grande responsabilidade, tanto no sentido de estar bem informada sobre o processo como de compreender os riscos envolvidos. Ao optar por esta modalidade, a mulher assume uma maior consciência de que está a tomar decisões que podem ter consequências importantes, o que implica uma aceitação mais clara da possibilidade de diferentes cenários. É como se a amplitude dos riscos que se aceitam fosse maior a nível individual, já que, no contexto do parto em casa, a responsabilidade recai muito mais sobre a mulher e o casal. Isso também gera uma predisposição para lidar com situações imprevistas, que podem ocorrer durante o parto. Esse maior sentido de responsabilidade e a consciência dos riscos podem levar a uma avaliação mais positiva da experiência. Ao tomar uma decisão informada e consciente, a mulher pode sentir-se mais preparada e satisfeita com o desfecho, independentemente dos desafios que possam ter surgido. Essa sensação de controlo e de protagonismo no processo contribui para uma perceção mais favorável do parto, mesmo quando existem imprevistos, porque foram riscos assumidos desde o início. No entanto, é importante notar que o parto em casa não apresenta necessariamente um risco maior do que o parto no hospital. Em certos aspetos, como os relacionados com o risco iatrogénico, o parto em casa pode oferecer algumas vantagens em relação ao contexto hospitalar. Tudo isso influencia diretamente a forma como as mulheres avaliam as suas experiências. A construção das representações sociais do parto em casa é condicionada por essa consciência dos riscos assumidos e pelo sentimento de autonomia da mulher ao tomar decisões tão fundamentais para o seu bem-estar e o do bebé.

No que se refere ao hiato entre representações sociais e práticas, a narrativa das participantes reflete as contradições de uma sociedade em transição, onde os discursos emancipatórios sobre autonomia e escolha coexistem com estruturas que restringem essas possibilidades, sendo que as representações sociais são continuamente negociadas e reconstruídas, mas muitas vezes descoladas das práticas generalizadas devido à resistência das estruturas sociais (Berger & Luckmann, 1991). Pelo que se evidencia a necessidade de uma maior integração entre discurso e realidade nas políticas e nos discursos públicos sobre nascimento e maternidade.

A maternidade é representada como uma escolha racional e bem planeada, bem como algo natural e intuitivo. Porém, existem vários relatos de uma maternidade inesperada, como dificuldades no pós-parto e impactos na saúde mental, onde a mãe tem dificuldade em perceber

as necessidades do bebê e em comunicar-se com o mesmo. Pelo que a representação da maternidade como intuitiva não se revê nas dificuldades enfrentadas no pós-parto.

A preparação para o parto é idealizada como um momento de conexão com os valores e necessidades individuais. A autonomia da mulher em decisões sobre o processo do parto é frequentemente exaltada, com a expectativa de que a decisão seja baseada sobretudo nas suas preferências. O que se verifica nos relatos acerca das vivências de algumas entrevistadas é uma sensação de estarem “presas ao sistema” e privadas de reflexões e escolhas autónomas, destacando como as práticas institucionais podem desconsiderar as preferências e valores pessoais. Por outro lado, também se evidenciam práticas que ajustam as suas escolhas de parto em função de outros fatores, como as preocupações do marido e normas sociais dominantes.

Algumas participantes esperavam, por parte de familiares próximos, apoio e conselhos baseados nas suas próprias experiências. Porém, o que se verificou na vivência de grande parte das participantes foram críticas severas à decisão pelo parto em casa, inclusivamente por parte de familiares com experiências de parto traumáticas em contexto hospitalar, o que desenvolveu um “choque” entre expectativa e realidade.

Existe uma representação social de que o parto é um processo natural e intuitivo, algo que os corpos das mulheres foram “feitos para fazer”, sendo que essa visão idealiza o parto como uma experiência espontânea, sem necessidade de intervenções. Contudo, nas narrativas hospitalares, verificam-se práticas que contradizem essa visão, como a realização de intervenções invasivas (rotura da bolsa sem consentimento, toques vaginais não informados, uso de fórceps ou ventosas). Essas intervenções muitas vezes ignoram a fisiologia do parto ou as preferências da mulher, refletindo o disposto em protocolos hospitalares padronizados e a hierarquia médica. Assim, enquanto a ideia de um parto “natural” é promovida, as práticas reais muitas vezes desconsideram ou interrompem esse processo, impondo protocolos que desrespeitam a fisiologia natural. Essas experiências em contexto hospitalar percebidas como negativas perpetuam uma ideia de parto traumático, contudo, as experiências “maravilhosas” de parto em casa relatadas pelas participantes desafiam essa representação do parto.

O hiato entre representações e práticas emerge em diferentes dimensões, evidenciando como normas culturais e estruturas institucionais podem desenvolver barreiras entre o que as mulheres esperam e o que realmente vivenciam, o que reflete a tensão constante entre agência individual e imposições estruturais no contexto da maternidade e do parto.

Por fim, torna-se pertinente salientar os campos que emergiram ao longo desta investigação, mas que não foram explorados de forma exaustiva. Estes aspetos revelam-se áreas promissoras que merecem um olhar mais aprofundado em estudos futuros,

possivelmente adotando abordagens complementares ou metodologias distintas, que permitam uma análise mais abrangente e detalhada:

- Apesar de abordado nesta pesquisa, o impacto psicológico e social de experiências de violência obstétrica no parto pode ser alvo de estudos qualitativos mais específicos, com foco em diferentes faixas etárias, classes sociais ou contextos culturais;
- Também abordado nesta investigação, mas não de forma aprofundada, a forma como as dinâmicas familiares, incluindo o papel dos parceiros e dos avós, moldam a decisão de onde e como parir pode ser alvo específico de outros estudos qualitativos;
- No discurso das participantes neste estudo, emergiu de forma consistente, especialmente no espaço livre no final das entrevistas, um desejo significativo de que o parto em casa fosse uma opção acessível e apoiada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo que seria muito interessante uma futura investigação multidisciplinar neste âmbito, de forma a incentivar essa articulação.

A identificação desses campos sublinha a complexidade do tema estudado, abrindo caminho para novas linhas de investigação que possam contribuir de forma significativa para o aprofundamento teórico e prático da área da sociologia do nascimento.

Referências

- Abric, J. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em A. Moreira & D. Oliveira (Eds.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27–38). AB Editora.
- Almeida, J., & Costa, A. (1990). *Valores e Representações Sociais*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- APDMGP. (2019). Submission of Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) to the United Nations Special Rapporteur on violence against women. Em *Retrieved from United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights*.
- Appadurai, A. (1996). *Modernity At Large: Cultural Dimensions of Globalization*. University of Minnesota Press.
- Archer, M. (1995). *Realist Social Theory*. Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (2002). *A New History of Identity: A Sociology of Medical Knowledge*. Palgrave.
- Arreigoso, V. (2024, Setembro 12). Cirurgiões gerais chamados para colmatar falta de obstetras nas cesarianas. *Expresso*.
- Badinter, E. (2010). *O conflito: a mulher e a mãe*. Relógio D'Água Editores.
- Barata, C. (2022, Março 24). A violência obstétrica existe em Portugal? *setenta e quatro*.
- Barata, C., Neves, D., & Santos, M. (2020). COVID-19 Containment Measures, Perinatal Experiences, and the Fight for Childbirth Rights in Portugal. *Medical Anthropology Quarterly*.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bauman, Z. (1998). *Modernidade e Holocausto*. Zahar.
- Beauvoir, S. (2015). *O Segundo Sexo - volume 2*. Quetzal Editores.
- Beck, U. (2010). *Sociedade de risco. Rumo a uma outra modernidade*. Editora 34.
- Beck, U. (2015). *A Sociedade de Risco Mundial*. Edições 70.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. SAGE Publications.
<https://doi.org/10.4135/9781446218693>
- Beck, U., Giddens, A., & Lash, S. (2000). *Modernização reflexiva: política, tradição e estética no mundo moderno*. Celta Editora.
- Bedwell, C., Houghton, G., Richens, Y., & Lavender, T. (2011). ‘She can choose, as long as I’m happy with it’: A qualitative study of expectant fathers’ views of birth place. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 71–75. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.12.001>
- Benoit, C. (1989). The professional socialisation of midwives: Balancing art and science. *Sociology of Health & Illness*, 11(2), 160–180. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10844338>
- Berger, P., & Luckmann, T. (1991). *Social Construction Of Reality. A Treatise In The Sociology Of Knowledge*. Penguin Books.
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 11(2), e0148343.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Blondin, M. (2019). *Obstetrical and gynaecological violence*. Committee on Equality and Non-Discrimination.

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), 71. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.006>
- Bourdieu, P. (1972). *Squisse d'une théorie de la pratique*. Librairie Droz.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. Em J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241–258). Greenwood.
- Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico*. Difel.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Seuil.
- Bourdieu, P. (2004). *Coisas Ditas*. Editora Brasiliense.
- Bourdieu, P. (2011). *A Distinção: crítica social do julgamento*. Zouk Editora.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brilhante, A. V., Bastos, M. H., Giordano, J. C., Katz, L., & Amorim, M. M. (2021). Obstetric Violence and Medical Education. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(3), 965–966. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300013>
- Brunton, D. (2004). *Medicine Transformed: Health, Disease, and Society in Europe 1800-1930*. The Open University.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5.^a ed.). Oxford University Press.
- Burns, E. (2015). More Than Four Walls: The Meaning of Home in Home Birth Experiences. *Social Inclusion*, 3(2), 06–16. <https://doi.org/10.17645/si.v3i2.203>
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.
- Cajão, R. (2023). *Parto em Casa: Planeado e executado em Portugal*. Independently published.
- Campbell, R., & Porter, S. (1997). Feminist theory and the sociology of childbirth: a response to Ellen Annandale and Judith. *Sociology of Health & Illness*, 19(3), 348–358.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Afrontamento.
- Carneiro, M. (2008). *Ajudar a Nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. U.Porto Press.
- Castells, M. (2011). *Communication Power*. Oxford University Press.
- Cavaleiro, J., Mónico, L., Oliveira, D., & Parreira, P. (2018). Representações Sociais: Conceitos básicos e funções. Em P. Parreira, J. Sampaio, L. Mónico, T. Paiva, & L. Alves (Eds.), *Análise das representações sociais e do impacto da aquisição de competências em empreendedorismo nos estudantes do Ensino Superior Politécnico* (pp. 15–31). Instituto Politécnico da Guarda.
- Cavaler, C. M., Castro, A., Figueiredo, R. C., & Araújo, N. T. (2018). Representações Sociais do Parto para Mulheres. Em *Id on Line Rev. Mult. Psic. V* (Vol. 12). <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

- Chadwick, R. J., Cooper, D., & Harries, J. (2014). Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery*, 30(7), 862–868. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.014>
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Cheyney, M. J. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*, 18(2), 254–267. <https://doi.org/10.1177/1049732307312393>
- Chmielewska, B., Barratt, I., Townsend, R., Kalafat, E., van der Meulen, J., Gurol-Urganci, I., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., Thangaratinam, S., Le Doare, K., Ladhani, S., von Dadelszen, P., Magee, L., & Khalil, A. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 9(6), e759–e772. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00079-6)
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1–114. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
- Coelho, C. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa (1974 - 2031)* [Tese de Doutoramento]. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2), 231–247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Collière, M.-F. (2000). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lidel.
- Connell, R. (1987). *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Oxford: Polity Press.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. The Johns Hopkins University Press.
- Costa, A. F. (1997). Classificações Sociais. *Leituras: Revista da Biblioteca Nacional*, 3(2), 65–75.
- Creswell, D. (2018). *Qualitative, Quantitative, And Mixed Methods Approaches* (5.^a ed.). Sage Publications.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(SUPPL. 1). [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Davis-Floyd, R. (2004). *Birth as an American Rite of Passage* (Second Edition). University of California Press.
- Davis-Floyd, R., & Davis, E. (1996). Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 237–269. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00080>
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives*. University of California.
- de Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., Gravenhorst, J. B., & Buitendijk, S. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(9), 1177–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x>
- Delicado, A., & Gonçalves, M. (2007). Os portugueses e os novos riscos: resultados de um inquérito. *Análise Social*, XLII(184), 687–718.
- Dixon-Woods, M., Williams, S. J., Jackson, C. J., Akkad, A., Kenyon, S., & Habiba, M. (2006). Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An

- interactionist and Bourdieusian analysis. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2742–2753. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.006>
- Doise, W. (1991). L'identité comme représentation sociale. Em V. Aebischcr (Ed.), *Idéologies et Représentation Sociales* (pp. 273–286). Deival.
- Donzelot, J. (1980). *A Polícia das Famílias*. Edições Graal.
- Durkheim, É. (1955). *Educação e Sociologia*. Melhoramentos.
- Durkheim, É. (1996). *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. Livraria Martins Fones Editora.
- Durkheim, E., & Mauss, M. (1974). De quelques formes primitives de classification Contribution à l'étude des représentations collectives. Em M. Mauss (Ed.), *Oeuvres*. Les Éditions de Minute.
- Egan, L., Gutierrez, M., Santiago, R., & Fernadez, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21(1), 7–25.
- Ehrenreich, B., & English, D. (2010). *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. Feminist Press.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2024). *Informação de Monitorização sobre Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetria – partos*.
- Esteves, A. (1998). Metodologias Qualitativas: Perspectivas Gerais. Em A. Esteves & J. Azevedo (Eds.), *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais* (pp. 1–39). Instituto de Sociologia Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Fausto-Sterling, A. (2020). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Basic Books.
- Ferraz, D. A. de S. (2016). Resistir para experimentar parir: corporalidade, subjetividade e feminismo entre mulheres que buscam o parto humanizado no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 1087–1091. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0329>
- Feyer, I., Monticelli, M., Boehs, A., & Santos, E. (2013). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 879–886.
- FIGO. (2021). Childbirth: A Bill of Rights. Em *International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Statement*.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Gallimard.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality*. Pantheon Books.
- Foucault, M. (1989). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Routledge.
- Foucault, M. (2004). *O nascimento da biopolítica*. Martins Fontes.
- Fox, B., & Worts, D. (1999). Revisiting the critique of medicalized childbirth: a Contribution to the Sociology of Birth. *Gender & Society*, 13(3), 326–346.
- Frank, A. (2013). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics* (2.^a ed.). The University of Chicago Press.
- Fraser, N. (2013). *Fortunes of Feminism: From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis*. Verso.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press.
- Fromm, E. (1990). *The Sane Society*. Henry Holt and Company.
- Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Heřman, T., Doubrava, R., & Navrátil, L. (2022). Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*, 9. <https://doi.org/10.1177/2333794X211070916>

- Garmarnikow, E. (1978). Midwives and Medical Men: A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights by Jean Donnison. *The British Journal of Sociology*, 29(3).
- Gayeski, M. E., Brüggemann, O. M., Monticelli, M., & dos Santos, E. K. A. (2015). Application of Nonpharmacologic Methods to Relieve Pain during Labor: The Point of View of Primiparous Women. *Pain Management Nursing*, 16(3), 273–284. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.006>
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation Of Cultures*. Basic Books.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. Polity.
- Giddens, A. (1990). *As consequências da modernidade*. FUNDUNESP.
- Giddens, A. (1997). *Modernidade e Identidade*. Celta Editora.
- Giddens, A. (2010). *Sociologia* (8.^a ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2002). The third age: class, cohort or generation? *Ageing and Society*, 22(3), 369–382. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0200870X>
- Goffman, E. (1981). *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. LTC Editora.
- Goffman, E. (2014). *Representação do eu na vida cotidiana*. Editora Vozes.
- Gottfredsdottir, H., Magnúsdóttir, H., & Hálfhánsdóttir, B. (2015). Home birth constructed as a safe choice in Iceland: A content analysis on Icelandic media. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(3), 138–144. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.004>
- Gramsci, A. (1994). *Pre-Prison Writings*. Cambridge University Press.
- Gramsci, A. (2010). *Prison Notebooks*. Columbia University Press.
- Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380. <https://doi.org/10.1086/225469>
- Guerreiro, M., Abrantes, P., & Pereira, I. (2007). Transições na juventude: percursos e descontinuidades. Em M. Guerreiro, A. Torres, & L. Capucha (Eds.), *Portugal no Contexto Europeu, vol. III - Quotidiano e Qualidade de Vida* (pp. 239–262). Celta Editora.
- Halbwachs, M., & Coser, L. (1992). *On collective memory*. University of Chicago Press.
- Hall, S. (1992). *A identidade cultural na pós-modernidade* (11.^a ed.). DP&A.
- Hawkins, A. (1999). *Reconstructing Illness: Studies in Pathography*. Purdue Research Foundation.
- Hendrix, M. J., Evers, S. M., Basten, M. C., Nijhuis, J. G., & Severens, J. L. (2009). Cost Analysis of the Dutch Obstetric System: low-risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth - a prospective non-randomised controlled study. *BMC Health Services Research*, 9(1), 211. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-211>
- Hildingsson, I., Rådestad, I., & Lindgren, H. (2010). Birth Preferences that Deviate from the Norm in Sweden: Planned Home Birth versus Planned Cesarean Section. *Birth*, 37(4), 288–295. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00423.x>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. Em E. D. Hodnett (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
- Hugman, R. (1991). *Power in Caring Professions*. Macmillan Press.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* (3.^a ed.). Nova Fronteira.
- INE. (2022). *Area Metropolitana de Lisboa em Números - 2020*. Instituto Nacional de Estatística.
- Joaquim, T. (2006). *Cuidar dos outros, cuidar de si*. Livros Horizonte.
- Joaquim, T. (2019). *Dar à luz: Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Etnográfica Press.
- Jodelet, D. (2002). *As Representações Sociais*. Eduerj.

- Jordan, B., & Davis-Floyd, R. (1992). *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press.
- Kimura, A. F. (1997). A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel materno. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31(2), 339–343. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200013>
- Kitzinger, S. (2005). *The Politics of Birth*. Elsevier Butterworth Heinemann.
- Kitzinger, S. (2006). *Birth Crisis*. Routledge.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1997). The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, 86(10), 1034–1036. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1997.tb14800.x>
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083–1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849208963>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. Em A. Lawrence (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Liese, K. L., Davis-Floyd, R., Stewart, K., & Cheyney, M. (2021). Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropology & Medicine*, 28(2), 188–204. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938510>
- Lorber, J., & Moore, L. J. (2002). *Gender and the Social Construction of Illness*. AltaMira Press.
- Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S16–S24. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121427>
- Luhmann, N. (1979). *Trust and Power*. John Wiley & Sons.
- Luhmann, N. (2002). *Risk: A Sociological Theory*. Routledge.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as a culture. Illness, disease and the body in Western Societies*. Sage.
- Lupton, D. (2013). *The Social Worlds of the Unborn*. Palgrave Pivot.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Public Health Lancet*, 365, 1099–1104.
- Martin, K. (2003). Giving Birth Like A Girl. *Gender & Society*, 17(1), 54–72. <https://doi.org/10.1177/0891243202238978>
- Marx, K., & Engels, F. (1991). *A Ideologia Alemã*. Hucitec.
- Miles, A. (1991). *Women, health and medicine*. Open University Press.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Minayo, M. C. de S. (2020). Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. Em *Impactos da Violência na Saúde* (pp. 19–42). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0003>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones.

- Moleiro, C., Silva, A., Rodrigues, R., & Borges, V. (2009). Health and Mental Health Needs and Experiences of Minority Clients in Portugal. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(1), 15–24. <https://doi.org/10.1108/17479894200900003>
- Mónico, L. (2013). Social representations and attitudes toward cloning: Proposal of an empirical study. *Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 525–534.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse son Image et son Publique*. PUF.
- Murugesu, L., Damman, O. C., Derksen, M. E., Timmermans, D. R. M., de Jonge, A., Smets, E. M. A., & Franssen, M. P. (2021). Women's Participation in Decision-Making in Maternity Care: A Qualitative Exploration of Clients' Health Literacy Skills and Needs for Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1130. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031130>
- Murugesu, L., Damman, O. C., Timmermans, D. R. M., de Wit, S., Nieuwenhuijze, M., Smets, E. M. A., & Franssen, M. P. (2023). Health literate-sensitive shared decision-making in maternity care: needs for support among maternity care professionals in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05915-9>
- Negrão, M. (2024). *O meu parto, as minhas regras*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Oakley, A. (1980). *Women confined - Towards a sociology of childbirth*. Martin Robertson.
- Oakley, A. (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Basil Blackwell.
- Oakley, A. (2016a). The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of Health & Illness*, 38(5), 689–705. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12400>
- Oakley, A. (2016b). The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of health & illness*, 38(5), 689–705. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12400>
- Oakley, A. (2018). *The sociology of housework*. Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv75d8k9>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *E agora? Relatório de Primavera 2022*.
- Oliveira, M., & Félix, M. T. (2023). Midwifery education landscape in Portugal. *European Journal of Midwifery*, 7(1). <https://doi.org/10.18332/ejm/174120>
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum Qualitative Social Research*, 7(4).
- Ordem dos Médicos. (2021, Julho 26). *Informação sobre violência obstétrica*. Ordem dos Médicos.
- Ortner, S. (1974). Is female to male as nature is to culture? Em M. Rosaldo & L. Lamphere (Eds.), *Woman, culture, and society* (pp. 68–87). Stanford University Press.
- Pais, J. (1998). *Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea*. Instituto de Ciências Sociais.
- Parsons, T. (1991). *The Social System* (Turner, Bryan). Routledge.
- Parsons, T., & Bales, R. (1998). *Family Socialization and Interaction Process*. Routledge.
- Pereira, R., Franco, S., & Baldin, N. (2011). Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc. São Paulo*, 20(3), 579–589.
- Petersen, A., & Lupton, D. (2000). *The New Public Health, Health and Self in the Age of Risk*. SAGE Publications.

- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J., & Marques, R. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pintassilgo, S. (2014). *O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal*. Iscte.
- Pintassilgo, S., & Carvalho, H. (2017). Trends and consequences of the technocratic paradigm of childbirth in Portugal: A population-based analysis of birth conditions and social characteristics of parents. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 13, 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.06.003>
- Pintassilgo, S., Neves, D., & Santos, M. (2022). A mortalidade materna em Portugal: O que dizer da sua evolução? *Nascer.pt*.
- Pintassilgo, S., Santos, M. J. D. S., Trindade, I., & Neves, D. M. (2023). Home Birth in Portugal—A Comprehensive Analysis Based on Official Statistical Data. *Social Sciences*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/socsci12060314>
- Pires, R. (2007). Árvores conceituais: uma reconstrução multidimensional dos conceitos de ação e de estrutura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 30, 9–54.
- Prata, A. (2016). Política e economia nos cuidados de saúde. *Servir*, 59(3), 7–10.
- Prosen, M., & Krajnc, M. T. (2019). Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women and Birth*, 32(2), e173–e181. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>
- Quivy, R., & Campenhoudt, V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva Publicações.
- Raposo, H. (2009). Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna. *Análise Social*, XLIV(193), 747–765.
- Rich, A. (1995). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. W. W. Norton & Company.
- Roter, D., & Hall, J. (2006). *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Bloomsbury Academic.
- Rothman, B. K. (1991). *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. W W Norton & Company.
- Rubin, H., & Rubin, I. (2005). *Qualitative Interviewing (2nd ed.): The Art of Hearing Data*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452226651>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sakala, C. (1993). Medically unnecessary cesarean section births: Introduction to a symposium. *Social Science & Medicine*, 37(10), 1177–1198. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90331-W](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90331-W)
- Saks, M. (1994). The alternatives to medicine. Em J. Gabe, D. Kelleher, & G. Williams (Eds.), *Challenging medicine*. Routledge.
- Salmons, J. (2016). *Doing Qualitative Research Online*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781473921955>
- Sanfelice, C. F. de O., & Shimo, A. K. K. (2015). Social representations on home birth. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(4). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150081>
- Santos, M. (2012). *Nascer em Casa A desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*. Iscte.
- Santos, M. (2014). *Para uma sociologia da maternidade Um retrato temático da investigação sociológica portuguesa (194/2014)*.

- Santos, M. (2019). *Knowledge, power and new professional dynamics in Portuguese home births*.
- Santos, M., & Augusto, A. (2016). «Se estava tudo bem, porque é que eu havia de ir a uma obstetra?»: Identidade, risco e consumo de tecnologia médica no parto domiciliar em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 82, 49–67. <https://doi.org/10.7458/SPP2016825922>
- Shaw, R. (2007). It's your body, your baby, your birth. *Feminism Psychology*, 17, 565–570.
- Simões, V. (2023). *Violência obstétrica, Direitos das Mulheres e Tutela jurídica*. Universidade Nova de Lisboa.
- Simonovic, D. (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*. United Nations.
- Sim-Sim, M., Zangão, M., Barros, M., Frias, A., Dias, H., Santos, M., & Aaberg, V. (2022). Education of Midwives in Portugal and Spain. Em *Scholarly Community Encyclopedia*.
- Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E., & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(3), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004>
- Sousa Santos, B. de. (2014). *Epistemologies of the South: justice against epistemicide*. Routledge.
- Spina, E. (2023). The several faces of the medicalization of birth. Italy and its peculiarities. *Frontiers in Sociology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1000518>
- Tereso, A. (2005). *Coagir ou emancipar?* Formasau.
- Touraine, A. (1996). *O Retorno do Actor: Ensaio Sobre Sociologia*. Instituto Piaget.
- Trindade, I. (2020). *Representações sociais de género e sexualidade em Portalegre e Lisboa*. Iscte.
- Turan, J. M., Miller, S., Bukusi, E. A., Sande, J., & Cohen, C. R. (2008). HIV/AIDS and maternity care in Kenya: how fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services. *AIDS Care*, 20(8), 938–945. <https://doi.org/10.1080/09540120701767224>
- Vallin, J. (2002). Mortalité, sexe et genre. Em *Démographie: analyse et synthèse, volume III - Les Déterminants de la Mortalité*. INED.
- van Gennep, A. (2014). *The Rites of Passage*. Editora Vozes.
- Vasconcelos, P. (2004). Categorização, Identidade e Sexualidade: notas sobre a dominação. Em Marques AP (Ed.), *Formas Identitárias e Modernidade Tardia* (pp. 51–70). ICSUM.
- 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.
- Vosswinkel, N. (1987). *Introduction a la Sociologie Générale*. Editions de l'Université de Bruxelles.
- Vries, R. De, Wieggers, T. A., Smulders, B., & Teijlingen, E. Van. (2009). The Dutch Obstetrical System: Vanguard of the Future in Maternity Care. Em *Birth Models That Work* (pp. 31–54). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/california/9780520248632.003.0002>
- Weber, M. (1985). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Pioneira.
- Weber, M. (2004). Max Weber. Em M. Cruz (Ed.), *Teorias Sociológicas: os fundadores e os clássicos* (pp. 257–298). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weber, M. (2022). *Economia e Sociedade*. Edições 70.
- Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R., & Lipson, D. (2001). Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 875–881.

- World Health Organization. (1997). Care in Normal Birth: A Practical Guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, 24(2), 121–123.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>
- World Health Organization. (1999). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. World Health Organization, Technical Working Group. *Birth, Issues in Perinatal Care*, 26(4), 255–258.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. WORLD HEALTH ORGANIZATION.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*.
- Zadoroznyj, M. (2001). Birth and the ‘reflexive consumer’: trust, risk and medical dominance on obstetric encounters. *Journal of Sociology*, 37(2), 177–139.
- Zola, I. (1975). Medicine as institution of social control. Em C. Cox & A. Mead (Eds.), *A sociology of medical practice*. CollierMacmillan.

Anexo

Guiões de Entrevista

Primeiro momento

Introdução

Apresentação da investigadora;

Apresentação e explicação dos objetivos da entrevista;

Garantia de anonimato;

Consentimento informado.

Caracterização sociodemográfica

Quantos anos tem?

Qual é a sua escolaridade?

Qual é a sua nacionalidade?

Onde vive? Cresceu aí?

Qual é a sua profissão?

Representações sociais sobre a gravidez

Como descreveria a sua experiência da gravidez?

A sua experiência correspondeu às expectativas que tinha sobre essa fase?

Que emoções e pensamentos surgiram durante esse período?

Quais acha que são as principais influências culturais ou sociais na forma como a gravidez é percebida?

Representações sociais sobre o parto

O que significa para si o momento do parto?

Como vê a forma como o parto é geralmente tratado na sociedade?

Sente que as suas escolhas em relação ao parto foram influenciadas por familiares, amigos ou profissionais de saúde? De que forma?

Parto em casa

O que motivou a sua decisão de ter um parto em casa?

Que valores ou ideias estão associados, para si, a essa escolha?

Como vê as críticas ou preocupações sociais em relação ao parto em casa?

Que vantagens e desvantagens associa ao parto em casa?

De que forma a sua rede de apoio reagiu à sua opção pelo parto em casa?

Como descreveria a sua perceção sobre a segurança e a humanização do parto em casa?

Que papel atribui à equipa de apoio (parteira, doula, família) no parto em casa?

Acredita que existe um desalinhamento entre as representações sociais que defende sobre o parto e aquilo que experienciou?

Representações sociais sobre o pós-parto

O que significa para si o momento do pós-parto?

Como descreveria o período pós-parto em termos de experiências emocionais e sociais?

Conclusão

Existe algo mais que gostaria de partilhar sobre a sua experiência ou sobre o tema do parto em casa?

Considera que algo importante não foi abordado nesta conversa?

Agradecimento à entrevistada pelo tempo e pela partilha das suas opiniões e experiências.

Segundo momento

Introdução

Apresentação da investigadora;

Apresentação e explicação dos objetivos da entrevista;

Garantia de anonimato;

Consentimento informado.

Caracterização sociodemográfica

Quantos anos tem?

Qual é a sua escolaridade?

Qual é a sua nacionalidade?

Onde vive? Cresceu aí?

Qual é a sua profissão?

Representações sociais sobre a gravidez

O que significa para si o momento da gravidez?

Quais são as suas expectativas para a gravidez?

Quais acha que são as principais influências culturais ou sociais na forma como a gravidez é percebida?

Representações sociais sobre o parto

O que significa para si o momento do parto?

Como vê a forma como o parto é geralmente tratado na sociedade?

Quando pensa na forma como gostaria de ter o seu parto, sente que as suas escolhas podem ser influenciadas por familiares, amigos ou profissionais de saúde? De que forma?

Parto em casa

O que a motiva a pretender ter um parto em casa?

Que valores ou ideias estão associados, para si, a essa escolha?

Como vê as críticas ou preocupações sociais em relação ao parto em casa?

Que vantagens e desvantagens associa ao parto em casa?

Como espera que a sua rede de apoio irá reagir à sua opção pelo parto em casa?

Como descreveria a sua perceção sobre a segurança e a humanização do parto em casa?

Que papel atribui à equipa de apoio (parteira, doula, família) no parto em casa?

Representações sociais sobre o pós-parto

O que significa para si o momento do pós-parto?

Quais são as suas expectativas para o pós-parto?

Conclusão

Existe algo mais que gostaria de partilhar?

Considera que algo importante não foi abordado nesta conversa?

Agradecimento à entrevistada pelo tempo e pela partilha das suas opiniões.