

Departamento de Sociologia

Nascer em Casa
A desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português

Mário João Duarte da Silva Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Saúde, Medicina e Sociedade

Orientadora:

Doutora Amélia Augusto, Professora Auxiliar,
Universidade da Beira Interior

Co-orientadora:

Doutora Graça Carapinheiro, Professora Catedrática,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2012

ÍNDICE

Introdução.....	1
I – O parto como objecto sociológico	3
1 – A medicalização do Feminino.....	3
2 – Espaços, actores e poderes no parto.....	6
3 – As opções e os riscos – O consumo reflexivo de tecnologias no parto.....	12
II – Percurso metodológico	19
III – Apresentação e análise dos resultados.....	22
1 – O parto em casa – Configurações de uma opção	23
2 – A produção de significados em torno da experiência da gravidez e do parto	30
3 – O pós-parto e a exposição social da opção.....	37
Conclusão.....	40
Bibliografia.....	41

INTRODUÇÃO

A especificidade com que a saúde reprodutiva da mulher é abordada pela sociedade e, em particular, pela medicina contrasta com o modo mais simples com que é abordada a saúde reprodutiva do homem. A gravidez e o parto são acontecimentos naturais na vida da espécie humana, inerentes à condição de mamífero. No entanto, as construções sociais do género, da saúde da mulher, da gravidez e do parto são complexas, extravasam as definições da biologia e estão na génese de comportamentos, relações e saberes sociais cuja discussão exige a compreensão dos significados que lhes estão associados, assim como a identificação dos agentes que contribuem para a sua produção.

A medicalização, projecção social da ampliação do poder da medicina, constitui na gravidez e no parto um ponto de encontro das questões sociais referidas e é a base de movimentos e discussões com posicionamentos diversos. É um terreno fértil para o debate sociológico, pela complexidade que a envolve e pela diversidade de contextos em que ocorre. Ainda assim, a medicalização da saúde da mulher é um aspecto particular da medicalização que, pela influência da construção social de género, não pode ser analisado como uma replicação de um fenómeno num campo mais restrito da realidade, uma vez que a afirmação da medicina sobre o corpo da mulher assenta em bases mais amplas de dominância social dos valores masculinos sobre os valores femininos.

Os movimentos pró-desmedicalização do parto, reclamando o protagonismo perdido pela mulher e a família no parto, divulgam e apoiam a prática de alternativas ditas “naturais” ao parto hospitalar, como o parto em casa. A opção por um parto em casa tem emergido, enquanto temática, em discussões no meio científico da saúde e, mais recentemente, na opinião pública, efeito das divergentes e polémicas correntes de opinião que gera. Com efeito, como revela a figura A.1 (*vide* Anexo A), em Portugal, o parto em casa tende a aumentar. Os dados mais recentes são de 2010, ano em que foram registados 856 partos domiciliários em Portugal, cerca de 0,9% do total¹. Estes dados poderão não ser representativos da opção domiciliar já que, segundo a fonte, os instrumentos de colheita de dados não permitem a distinção entre o nascimento em casa por opção e os restantes nascimentos domiciliários. É questionável, também, a razão pela qual, em muitos artigos de imprensa e reportagens televisivas², se encontra, de forma polarizada, a opinião contra, representada por médicos (representantes da Ordem dos Médicos e directores de serviços hospitalares de obstetrícia), e a opinião a favor, representada por doulas ou pessoas anónimas, quando os intervenientes no parto em casa são, em geral, enfermeiros especialistas em saúde materna ou médicos, na presença ou não de uma doula.

¹Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (<http://www.ine.pt>).

²Como se pode constatar na reportagem “Donas do Parto” da *TVI* de 1 de Maio de 2007; no artigo “Parto em casa só é seguro para a mãe” do *Expresso* de 4 de Setembro de 2010; e no artigo “Cada vez mais mulheres optam por parto em casa” do *Diário de Notícias* de 12 de Julho de 2010, entre muitos outros.

Só recentemente, passada alguma exploração mediática do tema, os enfermeiros e a respectiva Ordem começaram a ser trazidos à discussão e a emitir publicamente o seu posicionamento.

Dados os recentes acontecimentos a nível nacional em torno do encerramento das urgências hospitalares e das maternidades, um dos fenómenos com maior projecção e que mais mobilizou a opinião pública foram os partos que tiveram de acontecer a caminho do hospital, em ambulâncias de transporte. A gravidez, socialmente encarada como um acontecimento de risco, por excelência, culmina num acontecimento mais arriscado ainda – o parto. Tanto o nascimento em casa, como o nascimento em ambulâncias de transporte são factos que têm motivado discussões em diferentes meios, do académico ao televisivo, certamente por serem considerados um desvio à normalidade e pela percepção de risco associada a um parto, que parece aumentar quando este não é controlado por uma instituição hospitalar – o risco de que uma gravidez de baixo risco termine num parto de risco, o risco de morte materna, ou do nascituro, o risco inerente à não existência de tecnologia capaz de dar resposta a qualquer evento inesperado e o risco de responsabilização e punição dos profissionais intervenientes no acompanhamento da mulher, durante uma gravidez ou um parto com complicações.

O interesse por esta problemática levou-nos a desenhar um percurso de investigação no sentido de melhor conhecer as questões sociológicas que a envolvem, definindo-se o objecto de estudo como *a experiência do parto em casa, do ponto de vista da mulher ou do casal que já viveu um ou mais partos em casa planeados por opção sua, desde o conhecimento dessa possibilidade, passando pela vigilância da gravidez, o planeamento do parto, a experiência do parto, propriamente dito, até à fase pós-parto*. Tendo em conta a linha de problematização do objecto de estudo, constitui-se como objectivo geral desta investigação conhecer e analisar a experiência da mulher ou do casal que viveu o parto em casa por opção, em Portugal, desde o conhecimento dessa possibilidade até à fase do pós-parto. Definiram-se como objectivos específicos compreender os factores que participam na tomada de conhecimento do parto em casa e na opção por esse tipo de parto; conhecer o modo como o casal utilizou e geriu os recursos disponíveis no sistema convencional de saúde e os restantes nas várias fases da gravidez e no parto; perceber como o casal gere as expectativas sociais e médicas sobre a vigilância médica da gravidez, do parto e dos riscos que a eles se associam.

No sentido de melhor compreender esta problemática, será desenvolvida, nas seguintes páginas, uma aproximação à opção pelo parto em casa e a alguns dos fenómenos sociais que lhe são próximos. Para tal, numa análise retrospectiva, será percorrido o que da teoria emerge sobre o género como eixo marcador de desigualdades em saúde e como génese de uma corrente de medicalização particular – a medicalização do feminino. Segue-se uma reflexão em torno da medicalização da gravidez e do parto, mobilizando o percurso dos vários actores que intervêm e intervêm no parto, e do actual recurso à tecnologia pelas mulheres e pelos profissionais na vigilância e no controlo da gravidez e do parto. São tomados como principais referenciais teóricos os conceitos de medicalização, de reflexividade e de risco, segundo as perspectivas de diferentes autores.

I – O PARTO COMO OBJECTO SOCIOLÓGICO

1 - A MEDICALIZAÇÃO DO FEMININO

A medicina, à medida que foi afirmando a sua superioridade científica, não obstante os seus reais contributos para a melhoria da qualidade de vida e no combate a doenças, estabeleceu socialmente o dogmatismo dos seus fundamentos, definindo a sua área de intervenção em cada vez mais acontecimentos da vida humana e social, penetrando em domínios onde antes não tinha lugar, actuando muito para além da doença, com fronteiras dinâmicas e expansivas, num fenómeno a que Zola (1975) designou de medicalização. A medicalização torna-se pública através da difusão da mensagem de que a prevenção deve ser uma preocupação de todos e desenvolve-se com a aceitação das sociedades ocidentais sob o argumento de que as anormalidades e desvios de saúde podem assim ser detectados, e de que as doenças podem ser tratadas mesmo antes de se manifestarem (Conrad, 2007). A valorização da saúde enquanto bem maior e a sua extensão conceptual, que a tornou próxima da felicidade, são assinalados, entre vários factores, como tendo contribuído de forma particular para o alargar de fronteiras da actuação médica (Aïach, 1998). Perante a abundância de novos problemas médicos, é pertinente questionar a existência de novas epidemias, ou se a ciência médica está mais capaz de identificar e tratar novos problemas de saúde e de doença, ou se, afinal, é a medicina que define problemas e respostas em torno de situações que, antes, não eram tidos como problemas médicos (Conrad, 2007). Consequentemente, desde que existam definições médicas para um fenómeno ou um problema, serão também definidos quais os procedimentos normais para o problema e quais os desadequados, anormais e repletos de riscos (Augusto, 2004).

A medicalização é um processo dinâmico e interactivo, onde os vários actores envolvidos, do circuito pericial, do circuito leigo ou do Estado, exercem pressões e poderes em várias direcções. Se alguns processos de medicalização se geraram devido a pressões médicas, tal não significa que não seja necessário que a população valide e consinta a intervenção médica nesses novos domínios. Em alguns casos, é a própria população que reivindica a atenção e a intervenção médica para algo que consideram problemático e medicamente solúvel. Existindo legitimação, uma definição médica de um problema e o respectivo plano terapêutico, este passa a ser considerado digno da atenção e de debate públicos, da solidariedade social e de instituições e estruturas de apoio à prestação de serviços médicos. Perante isto, o Estado é chamado ao debate, sendo esperado que se pronuncie e que mobilize os recursos necessários à criação destas estruturas de apoio (Conrad, 2007).

Foucault (1989) aprofunda a análise da medicina enquanto exemplo claro da afirmação e desenvolvimento de saberes, que se centralizaram através de instituições normalizadoras (como a universidade e o hospital) e da tomada de consciência política da sua imprescindibilidade. A população e o seu bem-estar tornam-se prioridades do Estado, que procura um controlo de processos

de conjunto, como a morte, a sexualidade e o nascimento, no sentido de uma massa global e uma força de trabalho disciplinada que possa dar resposta às exigências de uma sociedade eminentemente capitalista. O autor descreve, ainda, a era do biopoder, do poder sobre a vida, que se desenvolveu segundo o eixo da disciplina sobre o corpo individual e o eixo dos controlos reguladores sobre a espécie em si, os comportamentos de saúde, os nascimentos, a definição da morte (Foucault, 1994). O olhar médico (*regard médical*, no original de Foucault, 1989), ou a percepção carismática do corpo humano, fundamentada pelo conhecimento científico e concretizada pelo desenvolvimento de uma linguagem descritiva própria, surge como o principal elemento na emergência, reestruturação e expansão da medicina. Este assunto não se encerra nos conceitos de Foucault e não se encerra na medicina, pois à medida que outras profissões de saúde se vão desenvolvendo, embora com uma expressão significativamente mais discreta, mais postos de trabalho especializado são criados para que o novo conhecimento possa ser aplicado (Miles, 1991).

Não se pode, no entanto, entender a medicalização do feminino como uma fracção simples deste fenómeno social mais abrangente. Há condicionantes complexas a montante, relacionadas com a evolução histórica do papel da mulher e da identidade de género. Numa lógica de oposição ao masculino, ou mais concretamente, tomando o masculino como o “humano absoluto”, o feminino é, historicamente, construído como o outro sexo, o sexo oposto, com reconhecidas imperfeições que é importante controlar (Nogueira, 2001 e Beauvoir, 2008). No que respeita à saúde, de um modo mais lato, o género é uma das categorias a partir da qual se tornam evidentes desigualdades marcadas e recorrentes, mesmo em diferentes contextos das sociedades ocidentais ditas igualitárias (MacInnes, 1998 e Silva e Alves, 2002). Às mulheres está associada uma menor taxa de mortalidade e uma incidência mais tardia de incapacidades graves, mas uma maior taxa de morbilidade associada a sintomas e doenças de menor intensidade ao longo da vida (Silva e Alves, 2002 e Giddens, 2008) e um maior consumo de consultas médicas do que os homens (Miles, 1991). Entre várias explicações formuladas, desde a que assenta na própria distinção biológica dos sexos, aos factores materiais e económicos, o que mais frequentemente surge como hipótese explicativa destes dados são a maior tendência para a pobreza, a menor remuneração e os múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres, a dupla jornada, a primeira no trabalho e a segunda em casa, como principal cuidadora da família. Ainda assim, apesar se reconhecerem claramente algumas das desigualdades de saúde com base no género que os estudos ilustram, alguns dos resultados sobre a saúde e o género têm vindo a ser alvo de críticas de ordem metodológica, seja porque os conceitos que estão por trás do cálculo das taxas, como classe social, causa de morte e situação de doença são subjectivos e socialmente construídos, ou porque as mulheres são mais socializadas para os cuidados com o corpo e com as suas manifestações, contribuindo para uma maior tendência, em relação aos homens, para se assumirem como doentes e para consultarem um médico, ainda que se encontrem com o mesmo nível sintomatológico (Payne, 1991 e Silva e Alves, 2002). O próprio facto das mulheres consumirem mais consultas pode

relacionar-se com a procura de solução para males físicos inespecíficos, problemas psicológicos e necessidade de apoio emocional, como alguns estudos sugerem, mas também é válido inferir que, de alguma forma, isto possa ter o seu fundamento na socialização, nas normas sociais, nas atitudes dos próprios médicos (Miles, 1991) e também na pressão exercida por mulheres para que os seus problemas sejam estudados, legitimados e reconhecidos como patológicos pela medicina.

Smith-Rosenberg (1972) tendo por referência a sociedade norte-americana do século XIX, descreve as expectativas sociais relativamente aos modos de ser da mulher, como era esperado que fosse dócil e sensível, que orientasse os impulsos sexuais mais descontrolados do homem e que cuidasse da casa e das crianças. Martin (2003), numa análise sobre a identidade de género no parto, conclui que as mulheres demonstraram uma preocupação com o seu comportamento no parto, procurando manter uma postura feminina, contrariando a imagem cultural dominante de descontrolo emocional e demonstrando como a interiorização do género controla e regula o corpo nas interações com os restantes actores no nascimento. Com isto, Martin reforça que os mecanismos controladores do corpo da mulher não aparentam ser apenas institucionais ou interacionais, mas relacionam-se também com a interiorização da identidade de género na mulher. Foucault (1994: 107) descreve especificamente este controlo como a “histerização do corpo da mulher”, um processo triplo segundo o qual o corpo da mulher foi analisado, foi integrado com uma doença intrínseca na ciência biomédica e foi colocado em contacto e comunicação com o social, o familiar e o materno, numa lógica de manutenção da espécie.

Indo ao encontro de Foucault, Miles (1991:185) considera que o impacto do crescimento da influência médica sobre o corpo da mulher é significativo em três aspectos principais: (1) a interpretação das infelicidades das mulheres como problemas psiquiátricos, quer seja pelas condicionantes da vida das mulheres e que podem considerar-se mais exigentes que as da vida dos homens ou pela facilidade social de se etiquetar a mulher como doente mental; (2) a acção na esfera quotidiana da mulher, com a intervenção de profissionais de saúde na esfera dos cuidados à criança e à família; e (3) a medicalização de processos biológicos femininos específicos, como a gravidez e o parto, ou a regulação social da vigilância médica, que cria uma obrigatoriedade incorporada (*embodied*), como aprofunda Howson (1998) acerca do rastreio do cancro do colo do útero.

No limite, também a igualdade de género e o próprio conceito de género são passíveis de críticas. Por um lado, pela “crueldade e crueza do binarismo” (Levy, 2004: 183), isto é, pela manutenção da dicotomia masculino/feminino na análise do género, o que acaba por aproximá-la da análise determinista biológica. Facilmente se torna pouco claro se o que se discute é o género, o sexo, a sexualidade ou todos eles (Levy, 2004). De outra perspectiva, também é pertinente a reflexão sobre o fosso identitário que uma verdadeira igualdade de género, aos níveis íntimo e público, traria ao homem que, sem outras diferenças essenciais, apenas se poderia distinguir socialmente da mulher pela sua incapacidade de engravidar (Badinter, 2010). Na presente análise, pese embora a complexidade

inerente e a inexistência real de um binarismo, tomam-se as designações de feminino e masculino como referência.

O que parece consensual, como refere Giddens (2008) é a afirmação de que, para a análise sociológica da saúde da mulher e das desigualdades com base no género, é fundamental considerar todos os factores sociais e a forma como interagem. Discutir a medicalização do feminino implica tomar consciência da complexidade de forças e de movimentos homólogos e análogos que coexistem e interagem, identificando-se valores masculinos e valores femininos de ambos os lados, pró e contra a medicalização. Considerar as mulheres apenas como vítimas passivas do controlo tecnológico masculino é ignorar elementos relevantes da sua participação no processo de medicalização e contribuir para o reforço do estereótipo da mulher vítima e passiva (Petchesky, 1987 e Riessman, 1994). Se é um facto que movimentos feministas têm vindo a desenvolver críticas à medicalização no sentido de se diminuírem as diferenças que emergem do estereótipo, sabe-se que parte da intervenção médica sobre a saúde da mulher foi reivindicada pelas próprias mulheres, num movimento “interno” a favor do reconhecimento de algumas condições como um problema médico, procurando-se áreas da vida da mulher onde a expansão médica fosse consensual para médicos e mulheres (Augusto, 2004), como aliás aconteceu com muitas outras dimensões da medicalização (Conrad, 2007). Sendo reconhecidas, legitimaram tanto o acesso a um estatuto social diferente, como a reivindicação de tecnologia e de estruturas de apoio ao acompanhamento médico (o que se verificou no tratamento da infertilidade, na analgesia do trabalho de parto, na divulgação do tratamento das dores menstruais, na ecografia tridimensional, entre outros). Também a participação da indústria farmacêutica e das empresas de tecnologia médica têm de ser consideradas nesta discussão, que legitimadas pelas necessidades ora das mulheres, ora dos médicos, vão produzir e divulgar como imprescindíveis ferramentas cada vez mais complexas e mais dispendiosas.

2 – ESPAÇOS, ACTORES E PODERES NO PARTO

No âmbito da problemática da medicalização dos processos biológicos femininos, a intervenção médica na gravidez e a institucionalização do parto assumem contornos particularmente notáveis, porque adquirem uma ampla legitimidade dentro de ambos os sistemas, pericial e leigo, através da percepção dos riscos inerentes à gestação e ao parto (Fox e Worts, 1999, Viisainen, 2000 e Tereso, 2005). O conceito de risco, desenvolvido por Beck (1992) numa estreita ligação com o de reflexividade, de Giddens (1998), compreende que a consciencialização social da fragilidade do que antes se afirmava ser seguro, despoletada quer pelo conhecimento biomédico, quer por construções sociais, leva ao desenvolvimento da percepção dos riscos que cada escolha encerra. Se a reflexividade – a ruptura dos indivíduos com os costumes, a procura activa de conhecimento e a capacidade de reflectir sobre esse conhecimento e sobre a própria reflexão – é intrínseca aos processos sociais

modernos, a percepção do risco e a definição social do risco estão inerentes à forma como os indivíduos se apropriam da e constroem a realidade. De uma forma muito particular no que diz respeito à gravidez e ao parto, quer para os profissionais, quer para as próprias mulheres grávidas, há um cálculo cuidadoso do risco, no sentido de controlarem todos os potenciais problemas, levando a que a própria construção da confiança nos profissionais possa assumir contornos singulares (Giddens, 1998 e Zadoroznyj, 2001).

Numa óptica parsoniana, e atendendo ao actual enquadramento médico e social da gravidez como um desvio à norma, definem-se claramente os papéis a desempenhar pela grávida e pelos profissionais de saúde: cabe à mulher grávida assumir o papel de doente e, perante os profissionais de saúde, submeter-se aos tratamentos ou recomendações prescritos durante toda a gravidez, parto e pós-parto, sob pena de ser socialmente condenada, se não o fizer. Por seu turno, dos profissionais é esperado que desempenhem o seu papel e que usem de todas as ferramentas para garantirem o regresso tão breve quanto possível à normalidade. No entanto, acompanhando o processo de medicalização, à medida que se avançava na definição da gravidez como um desvio e um problema médico, redefiniam-se também os espaços e os intervenientes. A relação entre a mulher grávida e os restantes actores não se tem revelado constante, e nem tão pouco existe, no nosso país, uma linearidade evolutiva na definição social de quem presta ajuda no nascimento e onde essa ajuda é prestada, uma questão amplamente discutida por Carneiro (2008). A autora apresenta, num olhar retrospectivo, que, desde os tempos mais remotos, a ajuda ao nascimento era prestada num gineceu, dentro da esfera feminina, em casa, por parteiras. Pelos seus saberes eminentemente práticos, eram tidas, dentro da comunidade a que pertenciam, como figuras centrais e autoridades morais (Collière, 1999 e Carneiro, 2008). Nem toda a mulher poderia ajudar outra a dar à luz: a maturidade e a maternidade eram necessárias para que, através dos saberes interiorizados pela experiência, pudesse ser dada ajuda à mulher grávida, no parto, e ajuda ao recém-nascido. O serviço prestado tinha um valor utilitário dentro da comunidade, necessário para a economia de subsistência da altura, baseada na troca de bens e serviços, e as práticas eram transmitidas unicamente por tradição oral – era acompanhando as matronas, as mulheres mais velhas, que outras mulheres aprendiam a arte de cuidar do corpo e da continuidade da espécie (Collière, 1999). Não faz sentido, por isso, falar-se da parteira, mas das parteiras, tal seria a heterogeneidade e diversidade cultural que orientavam as suas as práticas (Carneiro, 2008).

Esta imagem da mulher, a partir da Idade Média, foi sendo condicionada pelas figuras de poder que se tornavam evidentes, primariamente a Igreja, na defesa de valores morais e religiosos, e mais tarde o Estado, com interesses sobre as medidas globais de controlo e protecção da população (Carneiro, 2008). Sendo constituída como ofício e sujeita a vigilância por instituições de poder, a actividade da mulher parteira é regulamentada e subordinada aos homens cirurgiões (que se ocupavam do uso de instrumentos metálicos de corte, próximos da ocupação de barbeiro e dela provenientes), que lhe certificava as competências, na pessoa do físico-mor ou do cirurgião-mor, para que pudesse

exercer (Garmarnikow, 1978, Carneiro, 2008 e Collière, 1999). Pela primeira vez, os cuidados das parteiras têm um valor económico, sendo remunerados. As matronas e comadres foram sendo excluídas, fruto da ruptura com o saber tradicional e profano (Foucault, 1999). Contudo, a ajuda prestada pelas parteiras curiosas em casa persistia, não se verificando uma diferença significativa de saberes ou práticas entre parteiras certificadas e curiosas (Carneiro, 2008).

A relevância política, social e económica dos nascimentos colocou a reprodução sob as normas da Igreja, do Estado e também da ciência médica, que se insinuava, impondo também às parteiras um controlo externo sobre a sua actividade. Não só a de parteira, mas diferentes actividades em torno da saúde e das artes de curar foram sendo congregadas, convertidas em ofícios e alvo de regulamentação e controlo por parte da medicina, que necessitava de profissões auxiliares para suportar a sua progressiva especialização e tecnologização. Definia-se, assim, um sistema de intervenção na saúde e na doença da população, um sistema sanitário, que colocou em interacção e confronto diferentes saberes, prevalecendo a medicina como eixo central (Hugman, 1991 e Carneiro, 2008). No séc. XIX, a crescente e galopante afirmação da ciência moderna e a ruptura com o senso comum e com o primado da experiência levaram a uma reconfiguração da cirurgia e da medicina que, mais próximas, desenvolvem áreas de conhecimento científico especializado para a intervenção sobre o corpo, como a obstetrícia – a ciência médica que estuda e intervém na vertente sexual e reprodutiva do corpo da mulher. O papel ocupado pela parteira nos cuidados à mulher grávida, à puérpera e ao recém-nascido, em grande medida baseado na experiência, na empatia e na sensibilidade, ficam a partir de então sob a jurisdição médica, tanto a nível da prática como dos saberes e da formação.

Freidson (1984) torna evidente a posição dominante da medicina, enquanto profissão autónoma na área da saúde, por ter desde cedo o controlo sobre o seu próprio saber-fazer e sobre a inclusão de novos membros profissionais. O monopólio do saber médico e a sua consequente dominância sobre as restantes actividades em saúde que, de uma forma mais ou menos evidente, se desenvolveram a partir dos saberes da medicina e sob a sua tutela, levou a um mandato do Estado para a auto-regulação da profissão e o controlo das restantes profissões paramédicas e, de alguma forma, subordinadas. O próprio prestígio da profissão médica é, em larga medida, superior ao das profissões paramédicas, de um modo global. O controlo médico da formação profissional de outros grupos e ocupações contribuiu, desde a sua origem, para a manutenção do seu cariz auxiliar e dependente da medicina, e também para a estruturação da hierarquia interna e da divisão social do trabalho. A paramedicalização, segundo Friedson (1984), não é apenas a divisão social dos campos de intervenção na saúde, mas é também o processo através do qual diversas ocupações, com uma génese mais remota ou com uma origem no desenvolvimento tecnológico na área da saúde, se integraram orbitalmente em torno da medicina. As artes e os ofícios na área da saúde, que integravam contributos místicos e tradicionais, foram sendo encaminhadas para um processo de normalização e de profissionalização, enquadradas pela medicina, ou para um movimento de marginalização, se eram incompatíveis com a

lógica e o saber da profissão dominante. Estes movimentos foram essenciais para o processo de autonomia da medicina, com a afirmação da insubstituibilidade do seu contributo para a sociedade e o reconhecimento oficial desse contributo, pelo Estado.

As questões em torno da sexualidade e da maternidade inserem-se, segundo Foucault (1989) nos mecanismos discretos de disciplina do corpo, no sentido de uma massa global normalizada, onde é o discurso institucionalizado da medicina que condiciona, legitima ou exclui as práticas. Assim, é compreensível a necessidade de qualificar as parteiras, imbuindo-as do saber e técnicas médicas, colocando-as sob a alçada da pericialidade médico-científica, e marginalizando os ditos saberes tradicionais das mulheres associados simbolicamente a saberes menores. É, pois, o desenvolvimento de medidas sanitárias (como a assepsia), o desenvolvimento da cirurgia, as pressões para que se reduzisse a mortalidade infantil e perinatal e a possibilidade de o fazer com recurso a técnicas médicas que, em conjunto com a abrangente medicalização da saúde da mulher, conduziram ao desenvolvimento da especialidade médica de obstetrícia. O desenvolvimento da obstetrícia, a par dos factores referidos, promoveu, no contexto português, a institucionalização do parto e a transformação do hospital no local preferencial de actuação das parteiras (onde existia já a figura da enfermeira). Permitiu também a afirmação do monopólio médico sobre a formação inicial das parteiras, tanto nas escolas – reduzindo a componente teórica ao indispensável, no sentido da manutenção da dependência do poder médico e da correspondência às necessidades do serviço hospitalar – como nas enfermarias – para que se proporcionasse um contacto precoce com a prática hospitalar, onde a cultura médica era e se mantém hegemónica (Carpenter, 1993 e Carapineiro, 2005). O ensino era, assim, uma forma de controlo, uniformização e circunscrição da sua intervenção (Carneiro, 2008), abandonando-se a prática de iniciação à actividade de parteira através do tradicional acompanhamento em contexto real das parteiras mais velhas.

A parteira no hospital era, no entanto, um elemento estranho ao ambiente e ao restante pessoal, não lhe sendo reconhecida nem uma identidade médica, nem uma identidade de enfermagem, com forças e movimentos contrários a orientar a prática diária (Weitz e Sullivan, 1985 e Carneiro, 2008). Com a institucionalização da formação profissional, as parteiras tinham de assimilar o paradigma técnico-científico da saúde, renunciando a uma orientação mais holística, a práticas e a saberes tradicionais anteriores, perdendo o que poderia ser uma parte importante do seu potencial de profissionalização: a detenção de um saber esotérico próprio (Benoit, 1989 e Carneiro, 2008). A socialização profissional dá-se através do currículo (formal e oculto), introduzindo uns saberes e excluindo outros, com uma forte carga de prática tutelada, promovendo a estruturação das identidades profissionais. A inexistência de um corpo teórico aprofundado e de condições para a sua produção contribuíram para que o desenvolvimento da profissão se mantivesse subjugado ao saber teórico médico.

Parteiras e cirurgiões disputavam a exclusividade no campo de saberes e no campo de actuação sobre o parto, que era, de facto, uma luta entre valores femininos e valores masculinos nas práticas de assistência ao nascimento (Garmarnikow, 1978). Às parteiras estava atribuída a intervenção no parto normal, sem complicações. Aos cirurgiões cabia intervir com um corte no caso de complicações, para o que eram chamados ao local do parto, efectuando um corte para cesariana na mãe, já sem vida, na esperança de se salvar o bebé; ou a morte e fragmentação em partes do corpo do feto quando, por se apresentar em posição pélvica ou “sentado”, ficava preso no canal vaginal, arriscando a vida de ambos (Carneiro, 2008). Com a transferência do contexto domiciliar – onde a parteira fazia uso das mãos e da experiência e o cirurgião intervinha esporadicamente – para o contexto hospitalar – onde tanto a enfermeira hospitalar como o cirurgião intervinham, estavam criadas as condições para que o cirurgião pudesse desenvolver e afirmar o seu saber (e poder) sobre o corpo feminino pelo recurso à dissecação dos cadáveres e ao exame das mulheres, que lhe era exclusivo.

Actualmente, o uso excessivo de tecnologia na assistência ao parto e a cultura intervencionista dos serviços hospitalares são das críticas mais frequentes ao modelo predominante de cuidados no parto. Importa entender a dimensão social das tecnologias, enquanto “processos e práticas e não como entidades” (Serra, 2006: 82). Foi, aliás, através da tecnologia que os cirurgiões definiram a sua imprescindibilidade no parto: o fórceps, uma invenção dos cirurgiões, não era um verdadeiro instrumento cirúrgico, pois não servia para o corte do corpo humano, mas foi catalogado e aperfeiçoado como tal. Constituído desde sempre por duas peças metálicas em forma de colher que permitiam o acesso, pelo canal vaginal da mãe, à cabeça do bebé, mesmo quando ainda na cavidade uterina, como se de uma extensão das mãos se tratassem, o fórceps aproximava-se mais da função e da figura da parteira, do que da função do cirurgião (Carneiro, 2008). Ainda assim, após o seu surgimento, funcionou como uma tecnocracia (Serra, 2006): a definição de uma organização própria do conhecimento técnico e da sua aplicação transformou o fórceps num instrumento de delimitação do campo de acção cirúrgico, impondo-se a posição antagónica de decúbito e recorrendo-se ao fórceps, mesmo que o parto parecesse evoluir para parto normal. O aparecimento do fórceps levou a uma redução significativa do que se podia considerar um parto normal, diminuindo em muito o campo de actuação da parteira, em contexto hospitalar.

No início do século XX, o campo de actividade das parteiras era gradualmente alargado, por pressões ainda exógenas, aos cuidados na gravidez, parto e pós-parto, à puericultura, à divulgação da higiene e de medidas sanitárias, no domicílio e no hospital, e ao combate ao aborto voluntário, intervindo assim a nível individual (junto da mãe), comunitário e político. Isso conduziu a uma aproximação entre a parteira e a enfermeira, levando a que, em 1919, em Portugal, o curso base de enfermagem se tornasse pré-requisito para o de parteira, criando-se a enfermeira-parteira, com conhecimentos de cuidados gerais e de cultura hospitalar, a que se somavam os conhecimentos sobre a

mulher e o nascimento (Carneiro, 2008). Pode dizer-se que se permitiram aglomerar, deste modo, géneros e classes sociais, já que a enfermeira e a parteira pertenciam habitualmente a classes sociais mais baixas e que a elas se atribuíam e atribuem os valores socialmente femininos do cuidar e da intuição; enquanto ao médico e ao cirurgião, de classes sociais mais elevadas, se atribuíram os valores socialmente masculinos da resolução de problemas e da racionalidade (Hugman, 1991 e Collière, 1999 e Carneiro, 2008). Contrastando com a elevada importância da experiência, que permitia à parteira ter um saber incorporado, a profissionalização conduziu a uma diminuição da idade de formação e de exercício profissional da assistência ao parto. Assim, a ajuda ao nascimento é hoje mais fundamentada no conhecimento teórico puro do que na aplicação do conhecimento teórico à prática, e a vivência da experiência deixa de ser declaradamente um pré-requisito, ainda que lhe seja reconhecida alguma importância (Collière, 1999 e Carneiro, 2008). As lógicas contraditórias do percurso de profissionalização da parteira, no contexto nacional, confluem, na realidade, para o seu desaparecimento enquanto figura independente, detentora de uma identidade e de uma cultura próprias. Pelas sucessivas reconfigurações das parteiras e pelas estratégias particulares de profissionalização das enfermeiras, o encontro com a enfermagem permitiu, simultaneamente, atingir um nível de profissionalização nunca antes atingido e condenar as parteiras ao desaparecimento.

Surge, no final do séc. XX, em Portugal, a figura da doula (do grego *δούλα*, que significa “escrava”), uma mulher que apoia emocionalmente a parturiente. A doula assume-se, no contexto nacional, como uma não-profissional que presta informação e ajuda durante a gravidez, o parto e o pós-parto, não lhe cabendo a realização de actos técnicos, podendo ser enquadrada como conselheira perinatal. Badinter (2010: 41-42) descreve-a como uma figura emergente, decorrente do retorno ao parto natural, sendo reconhecidas vantagens significativas à sua presença, traduzidas, entre outras, pela diminuição da taxa de cesarianas, da duração do parto, do recurso à epidural e do uso de fórceps. A Associação Doulas de Portugal é a principal gestora do acesso à ocupação, cabendo-lhe, entre outras competências, a formação inicial e contínua de doulas e a divulgação de iniciativas pró-desmedicalização do nascimento. Como se pode ler no sítio da associação na *Internet*³:

A doula é uma figura maternal de protecção que está ao lado de outra mãe para a ouvir, proteger, apoiar e responder às suas necessidades. Por isso se diz que a doula é uma “mãe para a mãe”. A doula não vem substituir o pai, parceiro ou qualquer outro familiar ou profissional do cenário de parto. As acções da doula nunca são conduzidas pelo seu ego mas sim pela sua sensibilidade e amor incondicional.

Embora possa ser entendida como uma inferência demasiado precipitada, é frequentemente reconhecido, inclusive por doulas e profissionais de saúde, que a doula veio ocupar o vazio assistencial deixado pela parteira. Reconfigurada e enleada na organização do trabalho hospitalar, é pouco o tempo de exclusividade dedicado pela actual “parteira”, o enfermeiro especialista, à

³ Associação Doulas de Portugal, disponível em: <http://www.doulasdeportugal.org>

parturiente, comparativamente com o que seria dedicado pela parteira e com o que é dedicado pela doula, actualmente.

Mantendo-se a retórica da redução da mortalidade infantil e perinatal⁴, o hospital permanece o local oficialmente reconhecido com adequado para o parto, com as condições e os profissionais necessários para que se controlem os riscos de forma próxima (Viisainen, 2000). No entanto, o ambiente “terapêutico” do hospital está mais e melhor orientado para as intervenções sobre a doença do que para as intervenções que visam a saúde e a vida. Apesar de se porem em causa o conhecimento e as práticas obstétricas actuais, o mundo tecnocrata da obstetrícia continua a condicionar a prática de cuidados no parto, promovendo na parturiente, frequentemente, não o poder de decisão e o protagonismo, mas a passividade e a concordância com as normas e os protocolos médicos e hospitalares (Hyde e Roche-Reid, 2004 e Tereso, 2005).

3 – AS OPÇÕES E OS RISCOS – O CONSUMO REFLEXIVO DE TECNOLOGIAS NO PARTO

O parto é hoje amplamente aceite como pertencendo ao domínio pericial e é mesmo definido, frequentemente e de forma imprecisa, como um acto médico⁵. Consequentemente, a personagem principal da história reprodutiva da mulher deixa definitivamente de ser ela própria e passa a ser, como define Carapinheiro (2005), a figura patriarcal do profissional de saúde que, pela sua autoridade científica, lhe vigia a saúde na gravidez, que lhe faz o parto e que a aconselha a manter-se dentro dos parâmetros da normalidade, através da adopção de comportamentos saudáveis. Apesar de diferirem no seu contexto, muitos dos estudos que abordam de forma crítica o parto medicalizado afirmam que o parto, algo natural, tem sido analisado e assumido como envolto em riscos pela medicina, deixando a mulher à margem das tomadas de decisão e das acções sobre o seu próprio corpo, descaracterizando uma experiência que se poderia dizer naturalmente promotora do *empowerment* individual da mulher (Fox e Worts, 1999). Tudo é definido e configurado como uma preocupação e um motivo de interesse por parte dos profissionais de saúde, desde a alimentação ao repouso da grávida (Miles, 1991). Em alguns casos, o aconselhamento de comportamentos saudáveis pode chegar a prescrições, por vezes rígidas, de regimes alimentares ou outros, que poderão ter efeitos profundos sobre a mulher (Lawson e Rajaram, 1994), aproximando a experiência da gravidez do processo de disrupção biográfica que Bury

⁴ Parece simplista considerar que isto se deve apenas à institucionalização do parto. Crê-se que outros factores terão sido tão ou mais importantes, nomeadamente a crescente escolarização da população, o desenvolvimento da rede de cuidados primários de saúde, a adesão alargada aos programas de vigilância médica da gravidez e o fácil acesso a informação de saúde.

⁵ O parto, em si, não depende da actuação médica ou de outro profissional, não se podendo considerar um acto médico. Nem mesmo a assistência não-profissional de um parto ou a opção por um parto não-assistido constituem, por si só, qualquer irregularidade ou ilegalidade.

(1997) associou à doença crónica. A mulher grávida altera o seu quotidiano e as suas relações interpessoais e vê o seu corpo ser definitivamente apropriado e manipulado pela medicina, a cujos processos de normalização e rotinização se entrega, conformada e exausta.

A crítica feminista à orientação biomédica da intervenção sobre a saúde reprodutiva da mulher considera-a como mais uma demonstração do patriarcado, ou da dominância e valorização social dos valores masculinos sobre os valores femininos (Campbell e Porter, 1997 e Carapinheiro, 2005). Grande parte do movimento a favor da desmedicalização da gravidez e do parto tem sido no sentido da sua desinstitucionalização e da constituição de alternativas claras ao modelo biomédico predominante, referindo que, quando hospitalizado, o parto é tratado em moldes próximos aos utilizados para a doença, esvaziado da vida e da espontaneidade que o caracterizam, sendo encarado como um problema a resolver. As grávidas e parturientes, por seu turno, são desprovidas de identidade e consideradas inválidas, *tabula rasa* perante o ambiente de pericialidade hospitalar (Tereso, 2005). Com efeito, no padrão actual de actividades e cuidados que envolvem o parto, a possibilidade da grávida exercer escolhas é mínima (Shaw, 2007).

Transcendendo o controlo exercido pelo profissional de saúde sobre o corpo da mulher, sobre a gravidez e sobre o parto, existe ainda um controlo de manifestação mais subtil exercido pela sociedade, que se prende à própria construção social de género. Badinter (2010: 93) fala do “Império do Bebê” e descreve a ironia de uma “escravatura voluntária” a que as mulheres ocidentais, depois de se libertarem da dominância patriarcal, estão sujeitas quando são mães, numa sociedade onde se “privilegia a mãe em detrimento da mulher” (2010: 127). De facto, mais do que grávida, a mulher é responsável pela formação de um feto e essa responsabilidade ser-lhe-á imputada socialmente (Lupton, 1994). O seu corpo grávido é menos uma propriedade sua e mais o lugar onde se procuram criar as condições adequadas para o desenvolvimento do indivíduo que há-de nascer (Tereso, 2005 e Joaquim, 2006), e quer o desafio ao conhecimento médico, quer o incumprimento das normas por ele estabelecidas, tornam-se socialmente condenáveis. Como reforça Tereso (2005: 33), a diminuição do número de filhos por casal transforma cada gestação não apenas num acontecimento delicado para os futuros pais, que procuram controlar todos os riscos, mas também num acontecimento de que depende o futuro da própria humanidade.

Argumenta-se aqui que, na gravidez, a pressão social para que haja sucesso na geração de um novo indivíduo, salvaguardando o futuro da humanidade, promove o desenvolvimento de uma percepção de riscos morais que condicionam fortemente as escolhas da grávida, maioritariamente no sentido da concordância com o modelo biomédico, que veio substituir a instituição da Igreja no que respeita à definição social da moralidade (Zola, 1975 e Lupton, 1994). Na Finlândia, um estudo qualitativo sobre a experiência de pais que, reconhecendo riscos no parto hospitalar, desafiaram o modelo dominante e procuraram o parto em casa, permitiu perceber que existia, de facto, por parte dos pais, para além das percepções do risco médico e do risco iatrogénico, a construção social de um risco

moral, associado ao desafio da autoridade médica (Viisainen, 2000). A percepção do risco moral era construída pelos discursos dos profissionais de saúde, que condenavam as práticas que se desviassem da ortodoxia médica, mas também pelos contextos sociais onde os pais se moviam e que, de forma mais ou menos explícita, marginalizavam as alternativas à medicina quando se tratava da gravidez e do parto. Ainda que não tivesse acontecido com todos os pais do estudo, Viisainen (2000) refere que a percepção do risco moral associado à gravidez alterou, de facto, as escolhas iniciais relativas, por exemplo, ao local do parto, constituindo-se como um aspecto importante na experiência reflexiva de se conceber e “trazer ao mundo” um novo indivíduo.

Com efeito, o parto em casa abandonou o dia-a-dia da maior parte dos países ocidentalizados, e deixou de ser uma opção sobre a qual as pessoas se pronunciam publicamente sem que lhe seja associada uma condenação moral. Actualmente, e neste contexto, parir em casa está errado. Apesar da expressão crescente dos movimentos a favor do parto natural e da desmedicalização do parto, tanto a retórica do risco e do retrocesso, emanada pelo circuito pericial e pelos *media*, como as perspectivas mais catastrofistas e as restantes pressões sociais pró-medicalização contribuem para que a biomedicina seja o modelo que prevalece e que predomina (Ettorre, 2000 e Tereso, 2005).

A pericialidade, no entanto, está em crise. Perante a modernização reflexiva (Beck, Giddens e Lash, 2000), ela perde parte do seu carisma, aproximando-se mais de um conjunto de competências adquiridas e certificadas por um diploma universitário e afastando-se da sua anterior irredutibilidade. Todas as ciências e todos os conhecimentos estão em posição de serem postos em causa, tornando a pericialidade médica e a autoridade que daí advém em apenas uma das várias hipóteses disponíveis (Saks, 1994). Apesar de, na prática, tal não significar uma crise real no modelo biomédico (Baudrillard, 2007 e Giddens, 2008), obriga a repensar o poder e a reformular o papel atribuído a cada actor social no encontro profissional-doente (Lupton, 1994 e Zadoroznyj, 2001). A medicina e as tecnologias médicas vão perdendo parte do seu valor inquestionável e sagrado, e vão-se aproximando da prestação de serviços. Sob a retórica do direito à saúde, a crescente acessibilidade aos serviços médicos, ainda que distribuída de forma desigual, aproximou, como nunca antes, o recurso à tecnologia médica da lógica do direito ao consumo (Baudrillard, 2007). Perante isto, a incerteza, o risco e a ausência de verdades absolutas tomam parte do sistema pericial e do sistema leigo e tornam questionável a prática obstétrica hospitalar comum, reivindicando-se um diferente patamar de consentimento informado, em que se rejeita o obstetra como único detentor do conhecimento sobre o parto e se procura um patamar em que todos partilham e discutem o conhecimento sobre o parto com a mesma legitimidade (Zadoroznyj, 2001 e Cheyney, 2008).

De uma forma global, vêem-se surgir outros modelos explicativos da saúde e dos processos que a envolvem, que procuram afirmar a sua autoridade, divulgando, por oposição à medicina, o seu carácter natural e holístico (Saks, 1994) o que também se tem vindo a verificar na gravidez e no parto. Como refere Stevenson (2004), há uma percepção social de que se uma opção é natural, deve ser

benéfica e acarretar menos riscos. Cheyney (2008) e Miller (2009), no mesmo sentido, descrevem uma forte referência ao natural por parte das mulheres que optaram por um parto em casa ou por um parto sem assistência, respectivamente. É dada especial relevância à possibilidade de se comunicar livremente com o corpo que está naturalmente preparado para o parto, valorizando simultaneamente o conhecimento científico e a intuição, procurando evidências de que o parto em casa é seguro para gravidezes de baixo risco, de forma a lidarem também com os seus próprios receios.

Badinter (2010) aborda, a partir de uma perspectiva crítica, a revalorização social do naturalismo. Para a autora, o retorno ao natural e ao tradicional é uma reacção social às incertezas causadas pelos avanços e recuos da ciência e à indefinição de papéis de género. O modelo naturalista radical assume-se como oposto ao capitalismo, à tecnologia e à ciência, enaltecendo os valores de harmonia e respeito absoluto pela Natureza. No que respeita às mulheres e à maternidade, é possível assistir, na sociedade ocidental actual, ao louvor do instinto maternal e à emergência do ideal de “boa mãe ecológica” (Badinter, 2010: 41), segundo o qual as respostas da ciência para os problemas femininos são algo a rejeitar. Desta perspectiva, há uma oposição declarada ao modelo hospitalar de assistência ao parto e uma aproximação ao contexto familiar, tradicional e natural de parir em casa. A relação com a dor é bipolarizada, sendo-lhe atribuídos diferentes valores morais, consoante o contexto. Cresce a consciência que, em contextos culturais mais próximos da natureza, a dor do parto é uma dor boa, por ser natural e permitir uma vivência integral da experiência de parir, enquanto a dor provocada por uma intervenção médica abusiva já não é bem acolhida. A epidural, por seu turno, integra o grupo de “armas suicidárias” (*idem*: 41) composto pelos produtos químicos e estratégias farmacológicas, e falsifica a real vivência do parto. Assim, é em casa que a mulher pode desfrutar de um encontro com o seu corpo e com a natural experiência de parir, sem as interferências perniciosas da medicina.

O parto desinstitucionalizado, enquanto experiência reflexiva, ou seja, quando acontece por opção, parece representar uma alternativa ao sistema médico habitual, mas não se pode dizer que isso constitui em si mesmo uma desmedicalização, já que o sistema pericial de referência enforma o discurso e alguns dos procedimentos (Conrad, 2007 e Miller, 2009) e constitui habitualmente um recurso desde o primeiro momento na gestão do risco médico (Viisainen, 2000). Mesmo no que podemos considerar o menos medicalizado dos partos – o parto que, por opção, acontece em casa sem qualquer tipo de assistência – verifica-se o poder da medicina no condicionamento da linguagem e das expectativas da mulher, como refere Miller (2009) a propósito de um estudo sobre esta temática. Crê-se que, como explica Lopes (2007) relativamente a uma outra questão, não há aqui uma autonomia leiga pura, nem uma dependência simples no sistema pericial, mas é criada uma interdependência entre ambos, neste caso, entre a parturiente e o meio hospitalar. As mulheres que optam reflexivamente por um local alternativo para o parto, seja o simples e tradicional parto em casa, seja algo que reflecta mais a lógica moderna do consumo (Zadoroznyj, 2001 e Baudrillard, 2007), têm, de igual forma, de lidar com a percepção dos riscos sociais e médicos que serão sempre associadas à

incerteza da condição gravídica, a que acresce o facto de não existir um ambiente hospitalar, o qual, embora hostil e desencadeador de diversas percepções de risco, parece ser capaz de diminuir as incertezas, actuando como um agente securizante, por conseguir fornecer respostas rápidas, no caso de algo correr mal (Fisher, Hauck e Fenwick, 2006 e Cheyney, 2008). De facto, de acordo com Fox e Worts (1999), o que parece condicionar mais a opção por um outro local para o parto não é tanto o grau de medicalização, mas o contexto social. A possibilidade de exercer escolhas e controlo surge como muito influente na opção, mas isso é possível num ou noutro contexto, dependendo das expectativas iniciais. No mesmo sentido, num estudo de Sacks e Donnenfeld (1984) sobre a opção pelo local do parto (entre um hospital, a sua casa ou um centro de maternidade não-hospitalar), a escolha parece ser mais influenciada pelas expectativas, pelos objectivos pessoais, pela filosofia do estilo de vida e não apenas pela presença ou ausência de procedimentos médicos ou de exercícios para o alívio da dor. Ora, atendendo a que se pode encontrar uma grande heterogeneidade nas mulheres, no que respeita as escolhas, interesses e relação emprego-família, o que contrasta com a relativa homogeneidade destes aspectos nos homens (Badinter, 2010), pode inferir-se uma enorme complexidade de factores e condicionantes que circulam em torno da opção pelo local e pela forma de parir.

O recurso ou a recusa da tecnologia obstétrica revelam-se enredados numa complexidade de fenómenos e de pressões, frequentemente díspares. A simples existência e divulgação de uma nova tecnologia obstétrica são condições suficientes para a promover e a sua recusa é comumente adjectivada de irresponsável e retrógrada. Por outro lado, o uso actual de tecnologias excede largamente o necessário para a vigilância de saúde da gravidez e situa-se assim numa posição central na lógica do consumo, seja motivado pela percepção dos riscos sociais e médicos da gravidez e o desenvolvimento intra-uterino, seja pela possibilidade de se aceder à conveniência e interesse pessoal da mulher grávida ou dos profissionais de saúde. Enquadrando a representação social do corpo da mulher como um recipiente para a maternidade, e o próprio bebé como um objecto de consumo, sujeito a testes de controlo de qualidade, são criadas fortes expectativas sociais de uma gravidez resultar num bebé perfeito (Ettorre, 2000). O corpo da mulher constitui o seu conjunto de recursos endógenos para a reprodução, como foi já referido, e é esperado que seja “*manager* do próprio corpo” (Baudrillard, 2007:149) e que mobilize o que for necessário para satisfazer simultaneamente os desejos da população, as necessidades da sociedade e a sua própria exigência moral de poder gerar um futuro cidadão apto a viver na sociedade actual. Existindo e estando disponíveis tecnologias obstétricas, são criadas pressões pelos pares, pelos profissionais de saúde e pela indústria médica sobre a opinião da grávida ou do casal que, influenciados pela cultura de consumo, não abdicam de a usar (Ettorre, 2000).

Ainda assim, não se pode afirmar que o uso da tecnologia obstétrica constitua, em si, uma característica da sociedade de consumo. É mais adequado sublinhar o seu uso medicamente infundado,

quer por interesse ou conveniência dos profissionais de saúde e da grávida, quer porque a grávida, para além dos riscos médicos, identifica e é mais sensível a outros riscos, como os sociais, ou ainda porque atribui aos primeiros relevância e significados diferenciados. Aqui se inclui o uso de suplementos nutricionais, a amniocentese, a cardiocografia (CTG), a indução farmacológica do trabalho de parto e a cesariana. É nas consultas de vigilância da gravidez que, entre outras coisas, se receitam medicamentos complementares da dieta. Cálcio, ferro, ácido fólico e vitamina C em pequenas drageias passam a fazer parte da ementa diária de todas as grávidas, independentemente do seu “estilo de vida saudável”, para prevenir eventuais carências nutricionais e as possíveis implicações para o desenvolvimento do bebé. Não é raro que, estando disponível no mercado um produto mais completo, com mais nutrientes e em formas ou cores mais agradáveis para a grávida, haja uma maior procura e um maior consumo, de modo a cobrir ainda mais riscos. Também o rastreio genético e a amniocentese, que permitem identificar anomalias no código genético do embrião, são já objecto de consumo. Dentro das diversas e subjectivas percepções do risco, as grávidas e os casais que não são incluídos nos grupos de risco, não tendo, por isso, indicação médica para a realização da amniocentese, face ao risco social de virem a ter um filho com uma anomalia genética, solicitam a realização do exame ou a sua repetição, mesmo informados quanto aos riscos de infecção e à possibilidade de aborto.

Ainda durante a gravidez, assiste-se a um consumo declarado dos aparelhos e das técnicas de visualização do ambiente intra-uterino. A ecografia obstétrica é um exemplo claro de como a relação entre o sistema leigo e o pericial é mediada pela tecnologia. A existência de tecnologia imagiológica na gravidez é bem acolhida pelas mulheres grávidas que, responsabilizadas socialmente pela gestação e parto de um bebé normal, farão tudo ao seu alcance para tornar todo o processo mais previsível e mais controlado. A publicidade apela às possibilidades de diagnóstico precoce de alterações físicas do feto e são cada vez mais procuradas e cada vez mais caras as novas tecnologias que permitem um elevadíssimo grau de detalhe e pormenor da imagem. A procura e o consumo promovem de tal forma o desenvolvimento da imagiologia obstétrica, que as tecnologias entram no “mercado” a um ritmo superior à capacidade de actualização de muitos dos profissionais da área e rapidamente tornam a tecnologia prévia obsoleta (Rothman, 1989). No entanto, o desenvolvimento tecnológico actual da ecografia, que permite a visualização tridimensional do feto *in utero* e cujas imagens estão no topo das estratégias publicitárias dos gabinetes de ecografia obstétrica, contribui pouco para a vigilância clínica da gravidez, na generalidade dos casos. Na verdade, tornou-se mais difícil diferenciar a ecografia “meio auxiliar de diagnóstico” da ecografia “fotografia”, em que se regista um momento, uma experiência e uma perspectiva, para juntar ao álbum de família. Petchesky (1987: 270) faz referência à “negação do útero” ou a forma como a ecografia permitiu ver o feto *in utero* como um bebé humano autónomo, independente, *ex utero* e a flutuar no vazio, sem qualquer referência visual ao corpo da mulher grávida, que perde assim grande parte do protagonismo na gestação. Através da impressão tridimensional é até possível adquirir um modelo palpável e de tamanho real do feto, a imagem do feto

tornada real⁶. O “panóptico do útero” ou o *regard médical* totalitário sobre o útero, por analogia ao que Foucault escreveu sobre a vigilância nas prisões, surge personificado no ecografista médico que se distancia do corpo da mulher, mas consegue ver através dele, directamente para o espaço sacralizado e inexplorado do interior do útero, encontrando-se assim, pela primeira vez, as condições para o estabelecimento de uma relação directa entre o médico e o feto, onde a mulher não tem lugar, por não haver necessidade de intermediários. A mulher pode mesmo ser considerada uma ameaça à sua própria gravidez, por ser considerada um obstáculo ao estabelecimento desta relação entre o médico e o feto ao mostrar resistência à realização de procedimentos médicos sobre o seu corpo.

Em ambiente hospitalar, o consumo de tecnologias no parto é evidente pelo recurso à indução medicamentosa do trabalho de parto e à cesariana electiva. Marca-se o dia e a hora para o parto porque a grávida ou o profissional demonstram já cansaço de tanto tempo de gravidez, ou porque não se quer coincidir com o descanso semanal do obstetra, ou para que seja numa data já festiva por qualquer motivo, ou porque já se calculou o mapa astral para aquele dia e aquela hora, em que a conjuntura astrológica era a mais favorável. Todos estes motivos foram já enunciados em serviços de obstetrícia, com maior ou menor grau de discrição. São razões bastantes, numa lógica de consumo, para que se intervenha medicamentosa ou cirurgicamente sobre a gravidez e se aumentem consideravelmente os riscos num parto que, eventualmente, teria todas as condições para decorrer com um mínimo de intervenção médica.

O consumo de tecnologias obstétricas revela-se, de alguma forma, paradoxal. Por um lado, reconhecem-se e divulgam-se amplamente os riscos da gravidez e do parto para a própria grávida e para o seu corpo, para o bebé e, conseqüentemente, para a sociedade, desenvolvem-se mecanismos de vigilância e tecnologias de controlo desses riscos e criam-se fundos sociais que permitam atenuar as desigualdades no acesso a essas tecnologias. Por outro lado, publicitam-se tecnologias mais avançadas para um diagnóstico do risco mais preciso e mais caro, recorre-se a intervenções mais iatrogénicas, com mais riscos e mais dispendiosas, por opção da mulher, do obstetra ou de ambos, aprofundando insidiosamente as desigualdades sociais. A lógica do consumo e a reflexividade existem quer no recurso infundado da tecnologia obstétrica, quer na recusa de a utilizar. Por existirem ideologias ou fundamentações diferentes, desde as que se aproximam mais do “natural” e do místico, às que se afirmam pela sobredosagem tecnológica, há uma diversidade de opções quanto ao uso da tecnologia, mas todas ilustram, invariavelmente, a procura de um parto perfeito e de um bebé normal.

⁶ Como se pode ver no artigo “Stunning new technology allows parents to hold a life-size model of their unborn child” do *Daily Mail* de 26 de Junho de 2009.

II – PERCURSO METODOLÓGICO

Sabendo que para compreender os percursos e ambientes pessoais ou familiares, temos de conseguir olhar para além deles (Mills, 1982), a aproximação ao objecto de estudo exigiu frequentes mudanças de perspectiva e de posicionamento. A licenciatura em enfermagem e o percurso profissional num serviço hospitalar de obstetrícia, enquanto enfermeiro, contribuíram claramente para a escolha da problemática em estudo, mas foram também contribuintes para a adopção de conceitos e conhecimentos relacionados com a prestação de cuidados hospitalares na gravidez, no parto e após o parto, onde predomina o referencial biomédico (Lopes, 2001 e Tereso, 2005). Não obstante os potenciais benefícios deste percurso para presente estudo, o mesmo implicou uma desconstrução conceptual e ideológica permanente e o uso frequente da imaginação sociológica (Mills, 1982). O percurso inicial de investigação empírica foi orientado por questionamentos em torno da opção pelo parto em casa e pelos aspectos que a enformam. Perceber que expectativas, projectos e racionalidades envolvem essa opção deu corpo a algumas das questões de partida. Acompanhando a aproximação e a problematização do objecto de estudo, emergiu a necessidade de mapear os restantes intervenientes na vigilância da gravidez e no parto em casa, e de saber quais os papéis que desempenharam junto do casal. A compreensão das racionalidades leigas e da produção de significados que predominavam no discurso biográfico da mulher e do casal, bem como as relações que se estabeleceram entre as opções, as pressões sociais e médicas e a percepção dos diferentes riscos, destacaram-se como elementos da maior relevância na abordagem sociológica que se pretendeu definir.

Ainda numa primeira fase da pesquisa, tanto a aproximação à teoria sociológica, que permitiu a problematização do objecto de estudo, como a realização de entrevistas exploratórias (a uma doula e investigadora em antropologia da saúde e a um enfermeiro que acompanha partos em casa) contribuíram para a ruptura com pré-conceitos e com o senso comum, para um contacto mais próximo com a realidade em estudo e para a formulação ou revisão de alguns questionamentos. Também a apresentação do projecto inicial de investigação junto de colegas de mestrado, da orientadora da tese e da coordenadora do curso deram um importante contributo, de forma particular na discussão do objecto de estudo e na validação das opções metodológicas. A clarificação do objecto e a definição dos objectivos da investigação foi o ponto de partida para o desenho da pesquisa e a definição do método mais adequado (Albarello, 1997).

Neste caso, e tomando desde logo como referência o cariz exploratório desta investigação, que não prevê a confirmação de hipóteses, mas a recolha e discussão de novos conhecimentos sobre a problemática em estudo (Silverman, 2005), optou-se pelo método qualitativo, já que se pretendia conhecer os processos de criação da experiência social e a sua significação (Denzin e Lincoln, 2005), ou seja, conhecer em profundidade a realidade do parto em casa, de um ponto de vista subjectivo – de quem optou e experienciou um ou mais partos domiciliários. Para que fosse possível aceder a estes

fenómenos subjectivos, neste caso apenas compreensíveis através da linguagem (Ghiglione e Matalon, 2001), e porque importava captar o discurso dos entrevistados que surgisse da sua própria linha de pensamento (Ruquoy, 1997 e Guerra, 2006), a técnica de recolha de dados que emergiu como a mais adequada foi a entrevista. Como refere Ruquoy (1997), não se pode optar exclusivamente pela técnica de entrevista quando o objecto é a prática ou a experiência, já que através dela apenas conseguimos aceder ao discurso sobre a prática, pelo que foi inicialmente incluída na estratégia metodológica, como técnica secundária de colheita de dados, a observação directa (Beaud, e Weber, 2003 e Caria, 2003), mantendo-se o carácter qualitativo (Bowling, 1997). No entanto, os dados obtidos através das entrevistas exploratórias e a progressiva aproximação à realidade em estudo permitiram perceber que o parto em casa é, em grande medida, desejado pela privacidade que permite. As limitações de tempo relacionadas com os prazos que enquadram este curso de mestrado impossibilitaram o estabelecimento de uma relação de proximidade entre investigador e sujeitos empíricos, o que seria imprescindível (LeCompte e Schensul, 1999), e invalidaram definitivamente esta opção. Não obstante, é de relevar que se provou importante a manutenção desta opção até à fase de colheita e análise dos dados, por ter incitado e justificado a entrada em encontros e formações em torno do parto humanizado.

Torna-se pertinente entrevistar um indivíduo porque ele faz parte de um determinado grupo social a que se quer aceder (Ruquoy, 1997). Neste caso, o foco da pesquisa poderia recair sobre a mulher individualmente. No entanto, sabe-se que tanto a tomada de decisão, como a própria experiência do parto se pode reportar ao casal, quando existe, e não apenas à mulher (Viisainen, 2000). Durante as entrevistas, os entrevistados são informadores privilegiados (Guerra, 2006), detentores de conhecimentos sobre o contexto social daquele parto em casa, isto é, sobre as relações entre os vários actores e sobre a experiência complexa de planeamento e vivência daquele parto. Como na generalidade das investigações sociológicas, não se pretendia reportar a especificidade de cada uma das experiências individuais (Weiss, 1994), mas antes comparar e integrar cada experiência, construindo uma interpretação inteligível (Guerra, 2006). Posto isto, foi privilegiada a inclusão do parceiro na entrevista, pelo seu potencial contributo, como refere Weiss (1994), entrevistando-se o casal em conjunto, sempre que possível, mas mantendo-se o foco da investigação dirigido à experiência da mulher. Não obstante as potenciais limitações – como a possibilidade de monopolização da entrevista por um dos membros do casal e a perda ou a ocultação de dados que seriam hipoteticamente captados se a entrevista fosse individual – assumiu-se esta escolha metodológica, dado o carácter exploratório do estudo.

Na formulação das questões da entrevista, procurou-se utilizar um discurso claro e, tanto quanto possível, a utilização de expressões neutras que garantissem a qualidade dos dados, tendo em conta o tema da entrevista, a relação entrevistador-entrevistado e as restantes condições sociais da interacção (Foddy, 1996, Ruquoy, 1997 e Ghiglione e Matalon, 2001). Dentro do contínuo entre a directividade e a não-directividade, a entrevista semi-directiva posiciona-se num lugar intermédio e

prevê que, de forma progressiva ao longo da entrevista, se deixe que a racionalidade dos entrevistados surja de forma mais autêntica e menos influenciada pela estrutura do guião, ainda que enquadrada no objecto de estudo (Ruquoy, 1997 e Guerra, 2006), pelo que foi a modalidade adoptada. Como seria expectável, principalmente num estudo exploratório (Weiss, 1994 e Guerra, 2006), o guião (*vide* Anexo B) foi alvo de algumas alterações após as primeiras entrevistas.

Para a constituição da amostra, importava reunir o máximo de pessoas disponíveis que tivessem passado pela experiência do parto domiciliado por opção, procurando-se a diversidade dentro desse grupo, numa estratégia referida por Guerra (2006) como uma amostragem por caso múltiplo por homogeneização. Foi divulgado um pedido escrito de colaboração em fóruns e redes sociais na *Internet* dedicados ao parto natural ou ao parto em casa, que foram, na verdade, um ponto de partida para uma amostragem em bola de neve, através da divulgação informal mais alargada. Os primeiros contactos foram recebidos via *chat*, telefone e correio-electrónico, e as entrevistas foram agendadas em data, hora e local conveniente para os sujeitos empíricos. Realizaram-se 18 entrevistas, 8 delas em casal, que foram gravadas, com a duração média de 1 hora e 25 minutos. Metade aconteceu em locais públicos e metade em casa dos entrevistados. As entrevistas decorreram entre 30 de Março de 2012 e 13 de Abril de 2012, nos distritos de Braga, Vila Real, Porto, Coimbra, Lisboa, Setúbal e Faro, sendo que 10 ocorreram no distrito de Lisboa. Embora existissem mais pessoas disponíveis, houve necessidade de se interromper a colheita de dados e avançar para a etapa seguinte do percurso metodológico, tanto por ter sido atingida a saturação dos dados em algumas temáticas (Maroy, 1997 e Guerra, 2006), como pela limitação de tempo já referida.

É imprescindível estabelecer uma relação de parceria entre entrevistador e entrevistados (Weiss, 1994 e Guerra, 2006), clarificando previamente o objecto de estudo e firmando mutuamente um compromisso. Neste sentido, seguindo a proposta de Weiss (1994), além da apresentação informal do estudo e do esclarecimento de dúvidas, foi redigido um formulário de consentimento que era entregue no início da entrevista e assinado por todos, ficando um exemplar para o entrevistador e outro para os entrevistados (*vide* Anexo C). No decurso das entrevistas individuais e, de forma particular, das entrevistas de casal, utilizaram-se estratégias de “desenvolvimento da entrevista”, ao invés do recurso constante ao guião, para evitar enviesamentos (Weiss, 1994: 75). Com efeito, a discussão e o diálogo entre os dois entrevistados permitiram uma maior diversidade de dados e uma constante validação, um com o outro, da sua percepção da experiência vivida.

Para a análise dos dados, tomou-se como referencial a estratégia de análise proposta por Guerra (2006), com a realização de sinopses (*vide* Anexo D) e de esquemas ilustrativos do percurso biográfico captado em cada entrevista, organizando diacronicamente os dados e procurando o “sentido social que está subjacente à descrição dos fenómenos” (Guerra, 2006: 83).

O anonimato dos inquiridos e os restantes princípios éticos foram salvaguardados em todos os momentos da pesquisa, análise e divulgação dos resultados obtidos (Weiss, 1994 e Bryman, 2004).

III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Cada entrevista forneceu uma grande quantidade de material empírico sobre a experiência da opção e da vivência do parto em casa que, embora enquadrado individualmente num percurso de vida e num contexto social único, permitiu o estabelecimento de ligações com outras entrevistas, ao mesmo tempo que se entrecruzou, se aproximou ou se afastou dos contributos da teoria, traduzindo-se, no conjunto, numa aproximação à realidade social em estudo e numa compreensão dos fenómenos sociais que a constituem. Neste sentido, este capítulo pretende apresentar os resultados da análise descritiva e, sobretudo, interpretativa dos dados, assim como discutir as relações que estabelecem com o referencial teórico e com as assunções socioculturais mais amplas, no âmbito das quais os significados são produzidos. Inicialmente, uma breve caracterização sociodemográfica da amostra permite contextualizar os dados. Posteriormente e de forma análoga ao guião de entrevista, os resultados são apresentados e discutidos seguindo uma organização diacrónica.

Para efeitos de caracterização da amostra serão relevados os dados da mulher, ainda que oito das entrevistas tenham sido em casal, podendo consultar-se a caracterização integral em anexo (*vide* Anexo D). Todas as participantes tinham nacionalidade portuguesa, excepto duas, sendo uma de nacionalidade britânica e outra de dupla nacionalidade – portuguesa e alemã. A média de idades é de 33 anos. O distrito de residência variou entre Lisboa (7), Faro (3), Setúbal (3), Porto (2), Braga (1), Vila Real (1) e Coimbra (1). Mais de metade das mulheres possuía formação superior, uma com bacharelato, oito com licenciatura e duas com o grau de mestre. As restantes concluíram o ensino secundário, tendo uma delas concluído um curso de especialização tecnológica de nível 4. Quanto à actividade profissional, cinco participantes trabalhavam por conta de outrem, sendo uma trabalhadora-estudante de um curso de licenciatura. Duas referiram ser apenas estudantes bolsistas de doutoramento. Oito participantes trabalhavam por conta própria e, destas, uma era também estudante de uma segunda licenciatura, enquanto duas outras trabalhavam, também, por conta de outrem. Duas participantes estavam desempregadas e referiram ter uma profissão liberal, cujo exercício é intermitente, como a dança, a tradução e a organização de cursos ou oficinas, mas consideraram que, no momento da entrevista, estavam no desemprego por opção e dedicavam-se, de uma forma mais integral, ao cuidado e à educação dos filhos.

Embora a caracterização da amostra não ambicione a formulação de uma caracterização generalizada de quem opta por um parto em casa, contribui para a interpretação os discursos captados, enquadrando-os numa dada realidade sociodemográfica. Alguns aspectos são de relevar, por se destacarem, *grosso modo*, da globalidade da realidade nacional: a escolaridade, bastante elevada, e a actividade profissional, predominantemente autónoma e especializada, o que pode indiciar alguma homogeneidade nos estratos socioeconómicos da amostra. Esta caracterização remete, desde logo, para

uma certa diferenciação na capacidade de pesquisa, mobilização e gestão da informação disponível sobre o parto em casa, ou até para uma tendência para a dessacralização da profissão médica.

O número de partos a que se reporta a experiência descrita por cada participante também varia, na amostra. Sete participantes tiveram 1 parto, sete tiveram 2 partos, três tiveram 3 partos e uma das participantes teve 4 partos. No total, as entrevistas permitiram reunir a descrição de 34 partos, sendo 8 deles partos hospitalares (PH) e 26 deles partos em casa (PC), descritos com níveis variáveis de profundidade. Os partos aconteceram entre os anos 2000 e 2011, embora as experiências hospitalares se reportem apenas ao período de 2000 a 2008, enquanto as experiências domiciliares se reportam ao período entre o ano 2005 e o ano 2011.

1 – O PARTO EM CASA – CONFIGURAÇÕES DE UMA OPÇÃO

Os objectivos desta investigação e a realização de um esquema ilustrativo de cada percurso pessoal, após cada entrevista, permitiram enquadrar cada experiência do parto em casa no fragmento da biografia reconstruído pelo discurso de cada mulher ou casal. Com efeito, a experiência do parto em si só pôde ser descrita e compreendida à luz do conjunto de acontecimentos de vida e de interacções sociais que antecederam o parto. No que respeita o percurso de construção da opção pelo parto em casa, existia, no investigador, a expectativa de encontrar uma maioria de mulheres com uma experiência desagradável de um parto hospitalar anterior, mas tal não se verificou. Para apenas sete das participantes, o primeiro parto foi no hospital e uma delas teve também um segundo parto hospitalar. Será falacioso dizer que se tratou de uma *opção* pelo parto em contexto hospitalar, já que, em todos estes casos, o parto em casa ainda não existia, pessoalmente, como possibilidade, ou já existia, mas a pressão social para que o parto fosse no hospital, de forma análoga ao encontrado por Viisainen (2000), ou a dificuldade em mobilizar a informação e os recursos humanos entendidos como necessários, fizeram com que o hospital se tornasse a única possibilidade:

Na altura, também por falta de informação da minha parte, quis seguir o percurso normal e, pronto, chegou àquela altura, marcada, à data marcada pelo médico, e fui para o hospital, como vão milhares de mulheres. (Inês, 36 anos, 1 PH e 2 PC)

Embora o número de participantes com uma experiência hospitalar não seja maioritário, é, ainda assim, significativo. De facto, o que se verificou em todos os casos foi a definição da opção pelo parto em casa como consequência de uma rejeição do modelo hospitalar. No caso das mulheres que tiveram um primeiro parto hospitalar, foi esse o momento que estruturou em definitivo essa rejeição.

À medida que o tempo foi passando, eu fui-me informando, fui crescendo (risos) e fui ganhando outros conhecimentos que não tinha naquele momento, há dez anos atrás. (Inês, 36 anos, 1 PH e 2 PC)

Para as restantes mulheres, mesmo sem um parto hospitalar anterior, havia um conjunto de expectativas e de imagens associadas ao hospital, fortemente baseadas em relatos pessoais a que tiveram acesso, que tornaram o hospital num lugar indesejado para o parto. Emerge da análise dos discursos um processo reflexivo de apropriação de conhecimento (Giddens, 1998), que conduz a uma desconstrução da imagem socialmente associada ao parto, no hospital, e uma reconfiguração do modo normal de parir, onde o parto é propriedade da mulher, é uma experiência sexual e empoderadora, onde as intervenções devem ser reduzidas ao mínimo, porque *o corpo saberá o que fazer* e a percepção e controlo sobre o corpo são estruturais. Face a este modelo, o ambiente proporcionado pelo hospital, no parto, revela-se inapropriado e arriscado – um “ambiente de risco” por constituir uma “ameaça de perda de sentido pessoal, derivada da reflexividade da modernidade aplicada ao *self*” (Giddens, 1998: 70). O hospital é descrito como uma instituição estruturada por rotinas e interesses profissionais, com um ambiente artificial e despersonalizado que, embora transmita segurança pela capacidade de resolução de situações patológicas da gravidez e do parto, impõe como condição de acesso a adesão ao seu modelo de assistência e o compromisso de respeito por normas de comportamento, mesmo numa gravidez e num parto à partida sem problemas:

O meu receio foi sempre o contrário, de alguma coisa correr mal e eu ter de ir para o hospital. Mas não era receio de que acontecesse alguma coisa má, era de ter de ir para o hospital. Mas achava que se tivesse de ir para o hospital, que ia correr tudo bem. (Lassa, 34 anos, 1 PC)

Como é que podem fazer estas coisas às pessoas, como é que não dão opções às pessoas? Quer dizer, a pessoa então tem o bebé e não é o seu parto. No fundo, tem que se sujeitar às práticas e aos protocolos todos hospitalares porque tem que ser assim. Pronto, isso revoltou-me muito. (Clementina, 34 anos, 1 PH e 2 PC)

O conjunto de descrições do hospital aproxima-se do descrito por Foucault (1989), no que respeita os mecanismos de vigilância e controlo. Alguns destes mecanismos são referidos de forma mais explícita, como a episiotomia de rotina, a marcação de induções de trabalho de parto para organização da agenda médica e sem critérios clínicos, ou a definição de um tempo limite para o trabalho de parto a partir do qual se decide que o recurso é a cesariana, como refere esta mulher na descrição de uma conversa tida com a enfermeira chefe de um serviço de obstetrícia, porque planeava um parto hospitalar:

Ela começou a explicar, como se eu não percebesse nada, do género “Ah, depois a gente, depois quando chegar a altura, tem que ir para a sala de partos (...) depois a gente põe-lhe as pernas assim no estribo, depois você faz força quando a gente disser para fazer força e depois dá-se um cortezinho e o bebé sai.” E eu assim “mas olhe, eu não quero episiotomia.” (...) “Ah, pronto, você é que sabe, se não quiser a gente não faz!”. Portanto, eu até notei alguma receptividade àquilo que eu estava a dizer, a alguns dos meus pedidos, outros ela disse que depende do médico e não sei quê. Mas no geral eu vi que ali, no parto, eu ia ter de estar concentrada a evitar que me fizessem coisas ou a pedir que me deixassem fazer

coisas e não estar concentrada na partolândia a parir. E foi aí que eu comecei a ficar com algum... Não é receio, mas, sim, comecei a ficar com mais receio de parir no hospital do que parir em casa. (Raquel, 32 anos, 1 PC)

Outros mecanismos de controlo são mais discretos e estão relacionados com o comportamento que é esperado que uma mulher tenha quando está a parir. Por oposição à experiência (real ou hipotética) de um parto hospitalar, a experiência do parto em casa é descrita como uma experiência integral do feminino, como um processo activo de libertação dessas tecnologias interiorizadas de género que Martin (2003) reconhece como um mecanismo de controlo no parto. Aliás, a autora encontrou uma resistência a esse controlo nas duas únicas mulheres do estudo que tinham parido em casa, embora persistissem alguns sinais discretos, o que justifica dizendo que, por muito natural que se tente que seja, o parto continua a ser um evento social, e que remover a instituição médica, neste caso optar pelo contexto domiciliar e não pelo hospitalar, não retira ao parto as condicionantes sociais do género e da medicina. De igual modo, nos discursos agora analisados e, em particular, na informação dada por quem já passou pela experiência do parto no domicílio e no hospital, é-nos possível encontrar quer a sujeição aos mecanismos de controlo, quer a resistência a esses mesmos mecanismos, dentro e fora do contexto hospitalar. O que na verdade se verifica é uma incompatibilidade – ou, pelo menos, uma relação conflituosa – entre o modelo de assistência hospitalar e as mulheres que demonstram uma resistência aos mecanismos de controlo com base no género, porque não havendo o controlo interiorizado, há o controlo externo exercido pelos profissionais hospitalares, como relata esta mulher sobre o seu primeiro parto, no hospital:

Eu estive em casa até ao expulsivo, não é? Fui para o hospital já de bombeiros. E eu tinha posições, posições um bocado estranhas, não é? Porque tinha liberdade de movimentos. E eu senti que aquilo foi extremamente violento, para mim, o deitarem-me e pedirem-me para fazer força. Achei aquilo, eu não sentia que aquilo, como já foi no final, 'tá a ver? E estive todo o trabalho de parto na posição que eu queria, senti que aquilo era completamente antinatural, aquela posição, para mim. Senti que, pronto, que havia ali coisas que não estavam, não eram, não eram, não eram naturais, não é o que o nosso corpo pede. E não sei se também por ter estado tanto tempo sozinha, não é? (...) O facto de me deitarem. Tanto que eu estava tão... Não sei, eu também... Pronto, eu estava tão compenetrada que eu queria-me levantar à força! Eles tiveram que me... Amarraram-me para eu não me levantar, para eu ficar deitada, 'tá a ver? E isto, para mim, foi... (Jasmim, 39 anos, 1 PH e 1 PC)

De facto, a experiência de um parto extra-hospitalar, em si, não parece ser o que despoleta a autonomia desses mecanismos de controlo, mas antes o que torna possível o exercício e a experiência dessa emancipação, como é referido por quem comparava o seu comportamento em casa com o comportamento no hospital:

Porque no hospital a gente sente um bocado que uma mulher que grita é uma mulher que chateia, não é? Eu no hospital estava sempre a pedir desculpa! Eu não queria incomodar. Eu só queria que gostassem de

mim! (...) E ali [em casa, com a doula e a parteira] eu sabia que elas não me iam julgar, não me iam apontar o dedo, não me iam, sabes, e eu podia fazer o que eu quisesse! Podia incorporar a mulher a parir que eu era, sabes? À vontade. A gritar. Eu gritei. Basicamente isso foi o meu grito, o meu grito de guerra. (Clementina, 34 anos, 1 PH e 1 PC)

A sujeição a este modelo normalizado de parir tem, como consequência, a *não-experiência* do parto, associada à falta de controlo, de liberdade e até de autodeterminação. Há uma percepção de que o parto foi roubado ou de que foi vedada a experiência de parir por se ter ido para o hospital. O parto como uma experiência empoderadora para a mulher contrasta com a instrumentalização hospitalar do parto e o controlo dos espaços, dos tempos, dos processos e dos participantes por parte dos profissionais do hospital, que são sentidos como uma demarcação da posição de impotência e passividade da mulher perante a posição de poder dos profissionais.

O parto é uma experiência empoderadora. Sentes que és uma pessoa diferente. Eu encontrei a verdade em mim e depois já me senti capaz de ultrapassar outras dificuldades. Foram dois lanços de escadas que eu subi de uma só vez num dia. (Miriam, 30 anos, 2 PC)

Quem teve um primeiro parto hospitalar releva a falta de sentido de alguns procedimentos, por serem desnecessários à luz de outras experiências posteriores ou de informação científica a que teve acesso. Nas entrevistas, captou-se um discurso repleto de terminologia médica (episiotomia, rolhão mucoso, período expulsivo, trabalho de parto, dilatação, toques), não só porque, como parte do processo de medicalização, a linguagem médica tem ganho presença e protagonismo no discurso leigo e quotidiano, mas também por conferir legitimidade ao discurso e à opção pela sua cientificidade, podendo assim discutir e contrapor, na mesma base linguística, as propostas hospitalares e médicas de assistência. A ciência e o conhecimento científico, no geral, e a linguagem médica, em particular, são um recurso constante na legitimação das opções e das tomadas de posição da mulher ou do casal em relação aos procedimentos instituídos, uma marca que se enquadra no conceito de modernização reflexiva discutido por Beck, Giddens e Lash (2000) e que não pode ser entendida como independente da elevada escolaridade da amostra. Legitimada a visão do parto como algo fisiológico e rejeitando que se trata de algo patológico e, à partida, dependente de intervenções médicas, o parto é descrito como algo simples, como parte da vida, como não sendo mais arriscado do qualquer outro momento da vida. A pericialidade médica e hospitalar é rejeitada, por ser um impedimento ao exercício do poder e do controlo da mulher sobre o seu corpo a parir.

Para além da gravidez ter corrido tão bem e eu sentir que não ia lá [ao hospital] fazer nada. Quer dizer... Basicamente, eu para parir, precisava de tempo, precisava de um sítio qualquer, precisava que não me mexessem que não me falassem, que não me incomodassem e para isso eu estava em casa. Fora todas as outras coisas que eu não queria que me fizessem e o que me iam impossibilitar de ter no hospital. (Mariana, 33 anos, 1 PC)

Ao hospital é ainda associado um grande grau de incerteza, por referência à perda de confiança nas equipas hospitalares, destituídas de uma posição de onipotência e a quem são atribuídas fragilidades e limitações, por também haver partos que acabam mal, no hospital, indo ao encontro do que é referido por Giddens (1998) e Zadoroznyj (2001). Dada a falta de reconhecimento da legitimidade dos procedimentos e a experiência de falta de liberdade e de autodeterminação pessoal da mulher no parto, que contrasta com a primazia do cumprimento de procedimentos e de normas hospitalares, a percepção do risco do parto é maior no meio hospitalar do que em casa e isso despoletava, em última instância, a decisão pelo parto domiciliário. Mais, já com a decisão tomada em relação ao parto domiciliário, a ida para o hospital permanecia sempre como um receio e foi um dos aspectos mais vezes mencionado.

A própria relação com a morte assume contornos particulares. Tereso (2005) explica como a diminuição de filhos por casal tornou cada gravidez num acontecimento repleto de expectativas e de riscos. Aqui, paradoxalmente, quando se perguntava sobre os riscos reconhecidos à opção de parir em casa, a morte era verbalizada frequentemente como uma possibilidade e aceite como tal. Em alguns casos, a morte do bebé era um medo presente no parto, noutras casos foi verbalizada como algo que se aceitou como possível no planeamento do parto e no parto, mas que não teve racionalmente presente nesses momentos.

Pode-se morrer num parto. Tenho perfeita noção disso. Acho que faz parte da vida. (Rita, 28 anos, 1 PC)

O parto é ainda descrito como um acontecimento sexual, como a continuação do relacionamento sexual do casal: íntimo, privado, discreto, natural, familiar e de confiança. É uma perspectiva do parto que o incompatibiliza com o ambiente hospitalar exposto, público, artificial, com múltiplos cenários e múltiplos actores, cuja confiança se degradou com a construção da opção pelo parto em casa.

Depois o parto é um momento de intimidade, é um momento que está relacionado com a sexualidade, o corpo move-se de uma forma muito parecida aos movimentos do acto sexual, que é uma coisa que depois o hospital inibe completamente. Uma pessoa não vai pôr-se no meio do hospital a fazer aquilo que faz em casa (risos), não é? Portanto, há montes de coisas no ambiente hospitalar que simplesmente são inibitórias do parto, que não fazem sentido. (Filipa, 34 anos, 1 PH e 2 PC)

O quadro descritivo do hospital e do modelo hospitalar de assistência ao parto retrata os motivos que levam à opção pelo parto em casa. É principalmente a perspectiva do hospital como agressivo, estranho, intrusivo, impositivo, preparado para a doença e artificial que enforma a sua inadequação como local para parir, quando a gravidez é sentida ou definida medicamente como sendo

de baixo risco⁷. A opção pelo parto em casa é construída sobre um processo reflexivo de apropriação leiga de conhecimento e de linguagem científica que mune a mulher ou o casal de uma capacidade de argumentação legitimada pela ciência e que, em muitos casos, os próprios peritos não conseguem acompanhar, limitando-se a uma rejeição peremptória e paternalista das propostas e das opções apresentadas e perdendo, em definitivo, a confiança e a sua credibilidade pericial, como refere uma mulher sobre a sua visita ao hospital, onde tinha planeado inicialmente que seria o terceiro parto:

Já tinha investigado e a minha ideia era eu poder circular, eu poder andar durante, durante as contracções e poder parar se me apetecesse e poder relaxar como, como eu sentisse que devia relaxar. E ter, por exemplo, a bola [de Pilates] para me sentar, para me sentir mais confortável e tudo isso e... Quando eu estava no quarto e faço essa pergunta [à enfermeira que conduzia a visita], primeiro eu vi que o espaço, sim senhor, eu podia ter a bola, até dava para ter ali, sim senhora. (...) E eu perguntei “mas e se eu me quiser levantar da cama, posso? – Mas levantar-se? – Sim, se eu não estiver confortável deitada e quiser estar em pé, estar encostada à cama, estar sentada... - Ah, não... Não, então mas vai estar ligada ao CTG!” E eu “Sim, mas o fio pode esticar ligeiramente, posso ao menos dar dois passos para cada lado? – Ah, pois, não, mas isso, não, tem de estar deitada.” E eu pronto, ok. (Cristina, 34 anos, 2 PH e 1 PC)

Da análise do discurso e dos vários recortes biográficos captados, compreende-se que as incertezas, os questionamentos e as reconfigurações, despoletadas pelo processo reflexivo onde se insere a construção da opção pelo parto em casa, são também abrangentes de outras áreas da vida social, individual e familiar. É na procura de um sentido de coerência que o parto em casa começa a ganhar forma e sentido, e que se inicia o processo de questionamento e procura de informação também em relação ao parto e ao modelo de assistência instituído socialmente como o normal, sendo que, em alguns casos, essa procura acontece em resposta a uma experiência hospitalar desagradável ou traumática, noutros acontece muito antes da gravidez, e noutros, ainda, acontece durante a gravidez. A opção pelo parto em casa surge, de facto, como parte de um processo reflexivo de reconstrução identitária (Giddens, 1998) onde se revela como a opção mais coerente dentro de um conjunto de outras opções ou tomadas de posição no que respeita à alimentação, à saúde, à educação, à família, ao emprego, ao consumo, à natureza, entre outros. Não obstante, e ainda que se preveja alguma homogeneidade nos estratos socioeconómicos dentro do grupo de pessoas que optam por parir em casa, isso não se traduz numa homogeneidade de processos e de opções. Verifica-se um processo reflexivo em todos os casos, mas a apropriação do conhecimento e o sentido de cada opção varia de acordo com o percurso pessoal, o contexto social e os grupos onde se inserem, com o valor de verdade atribuído a cada informação e com a integração dessa informação na sua vida:

⁷ Segundo a Direcção Geral da Saúde, “considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica, nenhum factor acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal. (Norma nº 023/2011 de 29/09/2011, disponível em www.dgs.pt)

Porque é um conjunto de coisas que as pessoas não percebem: não meter em infantário, não meter na escola, não vacinar, de terem não-sei-quantos anos e continuarem a dormir com os pais, e não-sei-quantas crianças na cama, são coisas que fazem confusão às pessoas e... Sei lá: não ter carrinho ou carregar os bebés, de usar fraldas de pano, são coisas assim. Muitas coisas! (Risos) Não sei. E depois é tipo: não verem televisão, coisas assim, é um conjunto todo que... Enquadra-se muito bem, o parto em casa é só mais uma coisa. Não é? É a normalidade da anormalidade. (Maria A, 39 anos, 1 PH e 3 PC)

Pronto, é das tais coisas, tu comes-te a questionar e é um mar de questões, não é? É um bocado isso que eu estive a dizer. Começa por não querereres fazer alguns exames, depois passas a ter um parto muita diferente, depois já comes também a questionar as vacinas, porque como estás também a ler uns estudos científicos, aquilo também, se calhar, comes a questionar aquilo. Depois entras numa alimentação diferente. Pá, isto é um pack! Não que – e isso eu também já debati várias vezes – não há um tipo de gente a parir em casa. Não amamentamos todas até aos seis anos, não temos cabelo pelos joelhos e as crianças andam descalças pela rua. Quer dizer, depois também há aí esse preconceito, não é? É que aquilo é tudo maluco, aquilo é uma seita... Não há um tipo, mas a verdade é que, como também é sempre dito, normalmente são pessoas já de classe média, instruídas, são pessoas que estão à procura de informação, e quando vais à procura de informação encontras informação de tudo e comes a questionar uma série de coisas que estão fora do standard. (Mariana, 33 anos, 1 PC)

Neste processo de questionamento e procura de novas verdades, a *Internet* revelou ser um meio de comunicação e de informação imprescindível, principalmente por não existir uma rede formal organizada em torno do parto domiciliado, com a estruturação dos recursos materiais e humanos necessários e disponíveis, com a definição de um itinerário-tipo ou com um banco de dados e de informação para consulta. As páginas de associações, os fóruns de discussão e outras páginas na *Internet* desempenharam um papel significativo na operacionalização da opção. A doula é a figura que desempenha este papel com uma maior expressão, seja individualmente e informalmente, seja de um modo mais formal através da Associação Doulas de Portugal. Com a excepção de 4 casos, o itinerário de operacionalização de um parto em casa passou pelo contacto com uma doula, que disponibilizou contactos de associações, de parteiras ou enfermeiras especialistas, que facilitou a mobilização de recursos e de informação e que possibilitou a aproximação a outras mulheres ou casais que decidiram procurar, para o seu parto, um modelo alternativo ao normal hospitalar, conferindo legitimidade, normalidade e realidade à alternativa.

A atribuição de uma normalidade relativa é importante e parece inserir-se no processo de procura de um sentido de coerência biográfica. Além de um conjunto de opções, há também uma reconfiguração das relações sociais, que ganham ou perdem sentido na procura da confiança e da coerência, num “processo mútuo de autodesvendamento” (Giddens, 1998, p. 85).

Tivemos muitos amigos a parir na mesma altura, que éramos amigos do peito e agora não somos. Porque foram opções muito diferentes. Mais uma vez, as nossas opções acabam por chocar com as opções das outras pessoas e as dúvidas aparecem, não é? Quem é que está certo, quem é que está errado, como é

que seria melhor, porque é que eu passei por isto e eles passaram por aquilo? E houve alguns amigos, principalmente amigos que pariram na mesma altura, que também estavam grávidos na mesma altura que nós, que se acabaram por se afastar, e eu acho que tem a ver com essas opções que nós tomámos na altura. (Mariana, 33 anos, 1 PC)

Fora deste círculo de relações baseadas na construção mútua da confiança, reconhece-se um risco moral na opção pelo parto em casal, como foi identificado também por Viisainen (2000), o que leva a que a sua exposição pública seja controlada e criteriosamente seleccionada, para evitar o julgamento e a condenação que são esperados, quer por se tratar de uma opção relacionada com a gravidez e, por si só, socialmente entendida como envolvida por riscos, quer por implicar a rejeição do modelo hospitalar. A atitude condenatória é associada frequentemente a ignorância ou a falta de informação:

Houve pessoas que me apoiaram e outras não, mas eu evitava falar. A maior parte das pessoas não... São ignorantes e fazem comentários mesmo desagradáveis. Chegaram-me a dizer “Ah, vais ter o filho em casa, vais morrer!” Eram coisas assim do género. (Rita, 28 anos, 1 PC)

Em alguns casos, é descrito um sentido de coerência nas relações sociais que é prévio à tomada de decisão, referindo-se que, nos círculos de amigos, aquela opção é frequente e expectável.

2 – A PRODUÇÃO DE SIGNIFICADOS EM TORNO DA EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ E DO PARTO

Não obstante a rejeição do modelo hospitalar hegemónico de assistência no parto, durante a gravidez valoriza-se o acompanhamento por um ou mais profissionais de saúde e o recurso à tecnologia médica na avaliação e controlo dos riscos, embora não haja, habitualmente, um cumprimento absoluto do que está definido como a vigilância normal da gravidez. O modelo que predomina, ainda assim, é o acompanhamento médico habitual a nível público, no centro de saúde, ou a nível privado. Reconhecendo, também neste caso, o risco moral da opção pelo parto em casa, a opção era geralmente mantida em segredo perante a figura do obstetra ou do médico de família, profissionais que se orientam pelo modelo de parto hospitalar. Ao medo de condenação moral, acrescia o medo de represálias, quando o médico que fazia as consultas também podia ser encontrado no hospital. Quando a opção era comunicada ao médico, a reacção mais frequente foi a condenação mas, inesperadamente, nem sempre a reacção do médico era concordante com a expectativa:

R: Eu gostava de lhe ter dito, só que, por um lado, eu receei um bocadinho a reacção dele. Porque pensei “Ó pá, ele se calhar, à última da hora, é capaz de me dizer que eu tenho pouco líquido, ou que a bebé está pequena, ou que está grande demais e depois vai-me obrigar a, tipo, a... Ou induzir a que eu tenha um parto hospitalar.” E por isso, na primeira gravidez, optámos por não lhe dizer nada.

M: Sim.

R: *Depois, ele... Eu fui lá no pós-parto e ele foi muito simpático e “Ah, então, já estava a pensar o que é que lhe teria acontecido” porque já tinham passado as 42 semanas, não é? Então, eu disse-lhe que tinha tido em casa e ele “Ah, então um parto à holandesa, não é?” (risos).*

M: *Depois apresentou-nos à equipa toda como a holandesa, os holandeses. Houve ali uma recepção boa. (Raquel, 32 anos e Marco, 32 anos, 1 PC)*

A reacção, real ou esperada, dos médicos face à opção pelo parto em casa, conjugada com a incapacidade ou indisponibilidade para compreender a não-aceitação de algumas das suas prescrições contribui para a degradação da confiança no modelo médico e hospitalar. Reconhece-se que a medicina e o ambiente hospitalar, por ela configurado, estão vocacionados para a intervenção e para a prescrição, e não para a consultoria e negociação. Dentro da maioria que opta pelo acompanhamento médico mais comum, é frequente um acompanhamento dado pela enfermeira/parteira, que é descrito como mais personalizado, complementando o acompanhamento médico da gravidez e tornando o acompanhamento, no conjunto, mais abrangente. Por oposição ao acompanhamento médico, durante a gravidez e o percurso de definição da opção é construída uma relação alicerçada na confiança com a equipa que assiste ao parto em casa, por ser reconhecida como mediadora no processo de integração da gravidez e contribuir para a conquista de um sentido de coerência pessoal. A par da informação científica mobilizada, a presença da enfermeira/parteira é um argumento usado como legitimador da opção perante a família, os amigos e os próprios médicos. É de referir também que, quando existe, a figura da doula emerge pela significância do acompanhamento e da informação dados ao longo da gravidez sendo, em alguns casos, mais notória a complementaridade entre o médico e a doula, do que entre o médico e a enfermeira/parteira.

J: *Fiz tudo, ou seja, tinha o acompanhamento hospitalar que elas aconselham sempre, nunca houve nenhum nem ninguém que tivesse dito o contrário, e depois tinha o, aquele acompanhamento mais específico e mais personalizado da parte da minha doula e da minha enfermeira. A única coisa que elas, que a minha doula dizia era: “se não quiseres tomar os medicamentos que são químicos, o...*

Entrevistador: *o ferro, o ácido fólico...*

J: *Exactamente. “Come bananas, ou cereais. Alteras uma coisa pela outra e escusas de estar a ingerir químicos.” Eu nunca tomei esses medicamentos, aliás comecei a tomá-los no início, ainda não sabia. A minha doula falou comigo, eu pus de parte e comecei a ter uma alimentação mais, com mais ferro e com mais legumes e com mais coisas. Todas as minhas análises estavam excelentes, nunca disse à minha médica. A minha médica disse: “bem, as suas análises estão excelentes, tem tomado o ferro que lhe dei?”*

Entrevistador: *Tenho sim senhora.*

J: *Tudo tranquilo. E não tomei nada, nunca tomei nada disso. Pronto lá tive as minhas, as minhas consultas, fiz tudo, só alterei isto. (Joana, 36 anos, 1 PC)*

Não existe, portanto, uma rejeição do modelo biomédico, mas uma selecção reflexiva de qual deve ser o espaço ocupado pela biomedicina na gravidez, reflectindo os conceitos de consumo e de *manager* do corpo (Baudrillard, 2007). Tendo um grande número de recursos disponíveis, quer do

sistema médico e convencional, quer de um sistema alternativo, há uma definição personalizada de quais os recursos a mobilizar para que a vivência da gravidez ganhe sentido e seja integrada no *self*. A modalidade adoptada para o acompanhamento médico da gravidez varia entre a mulher que cumpre todo o programa normal de consultas médicas e apenas rejeita uma ou outra indicação médica, como um suplemento ou uma análise, e a mulher que faz apenas uma consulta médica no início da gravidez e vai fazendo, depois, os exames que entende necessários.

Estas escolhas não significam uma rejeição do conhecimento científico, em favor de um conhecimento mais “tradicional” ou “popular”, uma vez que são, em grande medida, escolhas fundamentadas com a pesquisa de conhecimento científico e legitimadas pela confiança na parteira ou na doula. Para a biomedicina, pelo contrário, estas recomendações permitem atenuar o risco médico atribuído à gravidez, o que evidencia as diferentes percepções do risco que se confrontam no encontro entre o médico e a grávida. De facto, em alguns casos, mais do que desnecessárias, algumas prescrições médicas foram vistas como arriscadas. Noutros casos, as recomendações fizeram sentido, mas foram adaptadas de modo a poderem ser integradas no conjunto das opções de vida anteriores. Noutros casos ainda, simplesmente não foram aceites, porque a compreensão do corpo fez sentir que estava tudo bem. A seguinte descrição representa de forma significativa o consumo de tecnologias médicas na gravidez:

R: Eu não queria ser tocada. É desnecessário. Muitos vão tocar para ver se está, se não está, se está quase, mas não é por aí que vou... Achei que não era necessário. E se eu sentia o bebé, estava sempre a mexer, sentia-me bem, sentia que estava tudo bem, não sentia que havia necessidade. Também percebi também de toda a pesquisa que o CTG demonstra o estado da mãe e do bebé nesse determinado momento. Não quer dizer que no parto possa estar melhor ou pior, não é? Então não fazia sentido eu estar a sair da minha rotina e estar a deixar de fazer coisas ou pôr isso e ir para lá, quando realmente não havia, também não estava a planear ter no hospital. Não fazia sentido.

Entrevistador: Houve mais alguma coisa durante esse acompanhamento, o dito acompanhamento assim tradicional ou mais comum, que tivesses tido necessidade de dizer que não querias, sem ser esse CTG, houve mais alguma coisa? Alguma recomendação ou prescrição em que tivesses dito que não ias fazer?

R: Não, acho que não... (...) Acho que não tomei o ferro. Mas... tomei um ferro... comecei com um ferro e ácido fólico proveniente de um meio mais... de ervanária. ... Pois, recomendações, sim, houve assim algumas coisas que eu não fiz: não comer chouriço, não comer presunto, ter cuidados com os ovos, aa... Esse tipo de coisas, eu fazia o que o meu corpo me pedia. Tinha cuidado com as saladas e lavava as saladas por causa da toxoplasmose. (Ronalda, 31 anos, 1 PH e 1 PC)

De facto, o que mais frequentemente é alvo de rejeição é a toma de medicamentos e suplementos, como o ferro e as vitaminas, o que se procura compensar com a alimentação ou a toma de suplementos naturais, não químicos, lembrando o que Badinter (2010: 39) conceptualiza sobre a maternidade ecológica e a demonização da química, por encarnar “o «artificial» que, por definição, é inimigo do «natural»”. No pólo oposto, são consensuais a utilidade e a importância do recurso à

ecografia, sendo a única tecnologia a que se recorre sempre, apesar de se reconhecerem riscos na realização de ecografias obstétricas em excesso, o que leva a que se rejeite a realização de mais do que três⁸. Mesmo quando há uma rejeição completa das consultas médicas e das análises, não se prescinde da realização de ecografias:

M: *Na segunda gravidez nem fui a nenhuma consulta de obstetrícia, só fiz as três ecografias.*

Entrevistador: *Ok. (...) O que é que te fez optar pelas ecografias e não pelas consultas, por exemplo?*

M: *Ah, as ecografias porque queria ter a certeza que estava tudo bem com o bebé, não tinha malformações, tinha também... Porque eu achava desnecessárias, as consultas... Não sei o que é que elas me iam trazer de mais... o que é que elas ajudar a juntar aquilo que a ecografia revelava. Se estava tudo bem, porque é que eu havia de ir a uma obstetra? (Maria B, 32 anos, 2 PC)*

Há, de resto, um grande número de recursos mobilizados reflexivamente durante a gravidez e que foram referidos como parte do percurso de acompanhamento da gravidez, como as sessões com a doula, os cursos sobre a gravidez e o parto, os encontros de casais, o yoga e os cursos mais comuns de preparação para o parto. Estes recursos são apresentados como um meio para o desenvolvimento de aspectos que o acompanhamento habitual, com um profissional de saúde, não permitem desenvolver, complementando-o e contribuindo, também, para a já referida integração da gravidez no *self*. No entanto, o curso mais comum de preparação para o parto emerge como o recurso que, nos casos em que foi mobilizado, não contribuiu ou contribuiu pouco para essa integração:

Sinceramente, [o curso] a mim não me ajudou em nada, até por, eu acho, pela quantidade de informação que já tinha, não é? Mas, portanto, isto tinha sido num parto anterior. Mas tive noção que tudo aquilo que, pronto, também temos de ver que um curso de preparação para o parto é preparação para um parto hospitalar, não é? E eu acho que parte muito da ideia... É um bocado paternalista. Eu acho. Porque quando entramos aqui nas questões do como respirar e não-sei-quê, epá!... Só quem não, pronto, só quem não teve um parto assim, como eu tive, natural, é que acha que é preciso que nos ensinem a respirar. Eu acredito que, se calhar, num parto hospitalar, naquelas condições, pronto. É útil. Para quem tem um parto desses, talvez seja útil. Mas realmente aquilo que eu me apercebi pelo meu parto é que se tivermos as condições certas, esse ambiente propício, é inato a maneira como respiramos, a posição que procuramos. Ela não nos precisa de ser ensinada. (Jasmim, 39 anos, 1 PH e 1 PC)

O curso é referido em moldes que permitem enquadrá-lo como um mecanismo de regulação moral e de controlo do comportamento no parto, definindo-se como respirar, como se movimentar, como o companheiro pode ajudar e, no limite, como parir no hospital. O parto é descrito como uma experiência concreta de reconhecimento do corpo e, por isso, o curso é caracterizado pelo sentido de incoerência que promove em quem o frequenta e quer ter um parto em casa.

⁸ É frequente a referência a médicos que prescrevem mais do que três ecografias obstétricas, embora a norma nº 023/2011 de 29/09/2011 da Direcção Geral da Saúde recomende a realização de apenas três, na vigiância de uma gravidez de baixo risco.

O início do trabalho de parto e o parto surgem como uma experiência concreta (e não mística) de incorporação de um processo que é fisiológico ou natural. A autodeterminação, o instinto, a confiança no corpo e a interpretação e compreensão dos seus sinais são eixos condutores da experiência de parir. A referência ao instinto confere naturalidade ao parto e aproxima a experiência da mulher à experiência dos restantes mamíferos:

Eu tive a sensação que nós nos tornamos um bicho autêntico. Em casa, eu posso-lhe descrever, no parto da minha primeira filha, eu gosto muito de ouvir música e pus música quando comecei, mas durou muito pouco tempo, porque a seguir o que eu queria era silêncio, escuridão e quentinho. E pedi até ao marido para pôr o colchão na sala, veja lá. Ele pôs-me o colchão na sala, ligou os aquecedores todos e eu fiquei ali, no escuro, apaguei as luzes, pus tudo em silêncio e o que eu senti era, eu acho que deve ser aquilo que sentem os mamíferos quando vão para a toca para ter os seus filhos. (Jasmim, 39 anos, 1 PH e 1 PC)

Não obstante, a tomada de consciência de que o parto estava próximo nem sempre foi despoletada por um sinal físico do corpo, que é o que se verifica com a maioria. Num conjunto minoritário, mas significativo, há sinais subjectivos que são descritos como tendo permitido intuir o início do trabalho de parto, tal como a fase da lua (lua cheia), a *despedida da barriga* ou a *síndrome do ninho*, estes últimos revelando não só a intuição da mulher, mas o seu poder de decidir quando está preparada para o parto:

Acordei às cinco da manhã, levantei-me, fui à varanda, estava lua cheia, abri a porta e pensei “É agora”. Mas assim, tranquilo. Comecei a arrumar as coisas comecei a sentir umas moinhas nas costas. (Filipa, 34 anos, 1 PH e 2 PC)

Só comecei a arranjar as coisas muito tarde, a preparar as coisas para o bebé muito tarde, então achava que ele nunca ia nascer enquanto eu não tivesse tudo preparado, que eu inconscientemente não ia deixar aquilo acontecer. E então, a certa altura, falei com a minha doula e disse-lhe: “olha, ele nunca mais nasce”, já estava com quarenta e uma semanas, e ela disse: “Estás muito confortável nisso, não estás?” E eu: “sim, eu acho que não me está a apetecer agora deixar de ficar grávida. Agora estou aqui nisto!” E ela disse: “pois, tens de te despedir da barriga”. Então fiz assim uma despedida da barriga, assim, fui passear, despedi-me da barriga, tirei muitas fotos e depois, um dia depois ou dois dias depois, eu passei uma tarde assim em casa a ver um filme (...) e comecei a sentir as contracções. (Lassa, 34 anos, 1 PC)

As pessoas já me tinham explicado, mas eu não tinha percebido, que é a síndrome do ninho. Tipo, a pessoa sente isso ao longo da gravidez, mas nos dias que precedem o parto eu sentia uma vontade incontrolável de ter tudo arranjado e pronto. (...) Eu pensei assim: “Bem, bebé, eu já entreguei o meu artigo, já arrumei a casa. Se quiseres, podes vir.” Mas foi assim um click, estás a perceber? Eu estava a falar com o bebé e senti que disse isto. Fui à casa de banho, depois do jantar deu-me vontade e, a seguir, era meia-noite, senti... Estava a levantar-me do vaso sanitário e senti uma água sair. E fui a ver, era uma água rosada. (Raquel, 32 anos, 1 PC)

Os sinais físicos surgem de seguida, nestes e nos restantes casos, confirmando a proximidade do parto através de contracções rítmicas, dores, a saída do rolhão mucoso e a rotura da bolsa de águas. Partindo daqui, cada pessoa revelou uma experiência singular do trabalho de parto, reflectindo a liberdade e a autodeterminação da mulher, e onde foram adoptadas diferentes posições, diferentes locais em casa e diferentes estratégias para o alívio da dor, com diferentes durações, diferentes equipas e diferentes níveis de aceitação da tecnologia, uma diversidade incompatível com a normatividade hospitalar. O parto em casa permitiu o destacar de uma realidade de conjunto para uma realidade mais individualizada, através do *embodiment* do processo de parir:

Sinto que me foi proporcionado um contacto comigo própria e com o meu corpo que era difícil eu ter noutro lado qualquer. Que me foi proporcionada a possibilidade de eu ter uma consciência corporal mais aguçada. Não sei se me... se faz algum sentido ou se conseguies compreender. (Madalena, 32 anos, 2 PC)

A dor, no trabalho de parto, foi largamente descrita com o recurso a expressões como *insuportável, horrível, ossos a rasgar* e, em alguns casos, como *importante*, não lhe sendo reconhecido um valor positivo por ser natural, como refere Badinter (2010), mas por tornar o processo inteligível e permitir a percepção consciente do corpo, para que se possa exercer o controlo:

Eu também acho que a dor é importante para saber o que se está a passar. Por isso eu gosto muito de sentir a dor. Eu nunca quis levar epidural porque acho que se apaga a dor e nós não sabemos o que se está a passar no nosso corpo. E para mim é muito importante saber o que se está a passar. Mesmo quando há a coroação do bebé, dói bastante no períneo, mas eu prefiro sentir essa dor e saber se está a rasgar ou não, do que não sentir nada e, por exemplo, irem-me cortar. (Rita, 28 anos, 1 PC)

Ainda assim, dentro da descrição concreta do trabalho de parto, através do que acontece no corpo e no espaço envolvente, foi referida uma experiência menos concreta, descrita como um período de transcendência, onde é atingido um outro estado de consciência e de onde, por vezes, não é possível resgatar a memória do que, concretamente, aconteceu. Esta experiência é identificada como *partolândia* ou *transe* ou um *processo iniciático onde é possível contactar com o mundo espiritual*:

Enquanto estive na banheira, estava na partolândia, completamente. Eu não faço ideia de quanto tempo foi, eu não me lembro de ter dores, lembro-me de ser um parto muito intenso. (Mariana, 33 anos, 1 PC)

Eu acho que nós quase que ascendemos a outro nível da... Eu nem posso falar disto, que fico um bocado emocionada... A outro nível da existência. É fenomenal. Eu não sou nada religiosa, nem esotérica, nem nada, mas se há alguma parte da nossa vida em que nós tenhamos algo de divino, acho que é naquele momento e o passar de todo aquele processo. (Jasmim, 39 anos, 1 PH e 1 PC)

Cada experiência faz referência, também, às restantes pessoas que estavam ou que deveriam ter estado presentes. Na sua maioria, foi referida a presença do outro membro do casal, da enfermeira/parteira e da doula, e é possível distinguir os papéis atribuídos a cada um. O parto acontece

num gineceu reconfigurado, onde não tanto as configurações do género, mas principalmente as relações de confiança definem as condições de acesso. Neste sentido, também o papel do homem surge com configurações distintas, sendo reconhecida importância à sua presença e ao seu apoio emocional, ainda que lhe seja reconhecido, maioritariamente, um papel instrumental na preparação do espaço físico. Por um lado, esta reconfiguração afasta o homem da posição dominadora e autoritária que, em traços gerais, lhe é reconhecida numa sociedade patriarcal. Por outro, afasta-o do papel passivo e expectante que tradicionalmente lhe é atribuído no parto. Embora com menor expressão, surge também como o protector da família, na descrição do processo de aceitação da opção pelo parto em casa. À parteira é atribuído um papel pericial, sendo-lhe reconhecido uma autoridade carismática configurada pelo saber científico, combinado ou enriquecido pelo “saber de experiência feito”. À doula é atribuído um papel familiar ou maternal. Habitualmente, quando se inicia o trabalho de parto, o primeiro contacto telefónico é com a doula e, em alguns casos, a doula e a enfermeira/parteira são contactadas em simultâneo, mas nunca o contrário. Não foi possível esclarecer o que leva a esta distinção. Ainda que pouco fundamentada, uma possível explicação pode ser o facto de se esperar um apoio emocional e mais informal por parte da doula, o que leva a que seja convocada desde o início do trabalho de parto, enquanto da parteira se esperam cuidados mais formais no parto e pós-parto, e por isso só é contactada mais tardiamente. A doula surge também como um recurso na prestação de cuidados, quando a parteira não está presente devido a um imprevisto. É difícil classificar a sua prestação de cuidados, por não se enquadrar numa prestação de cuidados periciais, nem numa assistência leiga pura, e é mais correcto classificá-la como uma assistência leiga informada.

O controlo assume contornos importantes, já que, além da dor, também à tecnologia é atribuído um valor moral, sendo boa ou má consoante o seu recurso dependa ou não da vontade da mulher, ou consoante o seu uso permita ou não a liberdade da mulher. Há um recurso frequente a tecnologia, como piscinas de parto, bolas de Pilates, bancos de parto, almofadas de amamentação, cardiotocógrafo ou doppler fetal, entre outras. Podemos considerar um *continuum* entre a aceitação completa e a rejeição completa da tecnologia, onde cada mulher se posiciona mais próxima ou mais afastada de cada um dos pólos, não se verificando, mais uma vez, uma homogeneidade na amostra. Houve apenas um caso onde se identificou uma rejeição total da tecnologia, à excepção da que era definida pela parteira como imprescindível, na gravidez e no parto. A maioria dos casos posiciona-se a um nível intermédio, incluindo-se a aceitação de instrumentos, no parto, como a bola de Pilates ou a piscina. Depois, com menos frequência, inclui-se a aceitação de substâncias que aceleram o parto ou que aliviam a dor, desde que sejam naturais. Houve até quem descrevesse uma indução do trabalho de parto controlada por si e com recurso a métodos não farmacológicos, perante a ameaça de internamento para uma indução hospitalar feita pela médica:

Nessa sexta-feira decidi “Não, isto de hoje não vai passar, eu não quero ir para o hospital, nem pouco mais ou menos” e então decidi ir sair com as minhas amigas. Fui sair com as minhas amigas. Andei a pé

imenso. Fartei-me de andar a pé. A pé. Andava de uma ponta a outra da praia a pé, depois regressava... Não sei, andei imenso. Depois, nessa noite decidi: “vou sair à noite”. Saí com as minhas amigas, fui para um bar de praia, estive sempre a dançar, a dançar, a pular, a pular, que era para ver se aquilo... Ao pé da coluna, por causa da vibração, ao pé da coluna, a pular. Eram quatro, quatro e pouco, eu já estava a sentir a barriga muito dura e eu disse às minhas amigas: “Olhem, eu vou-me embora, já estou assim um bocadinho cansada, eu vou-me embora”. (Joana, 36 anos, 1 PC)

Não parece ser o ambiente hospitalar que encerra a “tecnologia má”, uma vez que, em casa, não se rejeita a tecnologia quando ela é usada por opção da mulher ou por sugestão, mas com a sua concordância. A confiança no contexto e na pessoa que aplica a tecnologia também não basta para a legitimar pois, mesmo quando acontece em casa e é feita pela parteira, se uma dada intervenção é entendida como desnecessária, é uma intervenção ilegítima. Mais, tendo tudo decorrido sem complicações, no parto, o que corre mal é associado frequentemente a uma intervenção não desejada da enfermeira/parteira, como refere esta mulher sobre a repentina intervenção da parteira, que chegou pouco depois do bebé nascer:

Apesar da parteira ser uma mulher muito interessante e de eu achava-lhe muita graça, senti que ela me tinha retirado alguma coisa também. De repente tinha chegado ali e eu, que estava naquele processo todo poderoso, eu consigo parir o meu filho, isto é um processo meu e ela desata lá a fazer as coisas que achou que ela tinha de fazer e deixaram-me ali um bocado... (Filipa, 34 anos, 1 PH e 2 PC)

Avaliando a experiência do parto, “correr bem” não é corresponder às expectativas. Em muitos casos, o parto idealizado não aconteceu e, ainda assim, considera-se que correu bem. O facto de a parteira não chegar a tempo, o cordão partir e não permitir esperar que deixasse de pulsar antes de o cortar, ou o parto demorar mais tempo do que o esperado, entre outros factores, não parece influenciar essa avaliação. Também não parece ser bastante o facto de mãe e bebé estarem bem, já que, quando isso acontece no hospital, é referido que a experiência não foi completa ou que *faltou qualquer coisa*. No conjunto, parece ser a apropriação da experiência de parir, o controlo sobre o processo e a autodeterminação que definem a experiência do parto em casa como uma boa experiência.

3 – O PÓS-PARTO E A EXPOSIÇÃO SOCIAL DA OPÇÃO

A expulsão e os primeiros contactos com o bebé destacam-se da restante experiência de parir, no decurso de cada entrevista, pela intensidade, relevância e carga emocional que lhe é associada. Tal como no trabalho de parto, também aqui foi encontrada uma grande diversidade de descrições, merecendo destaque, no entanto, o relato de bebés que nasceram sem chorar, porque contrasta quer com a imagem social do parto, quer com a experiência hospitalar relatada, quer com a realidade global

do parto hospitalar a que o investigador tem acesso, decorrente da prática profissional como enfermeiro:

[A bebé] *Quase não chorou. Fez assim [tosse], tossiu assim um bocadinho, saiu assim um bocado de líquido e a doula assim também já preparada para o caso de ser preciso aspirar, ou assim. Não foi preciso nada, ela parece que continuou a dormir. Fez assim um bocadinho e continuou a dormir. E depois, passado um bocado, mamou. Portanto, aquilo parece que quase não houve... Parece que continuou, pronto. Houve ali um pequeno incómodo, que foi o nascimento, mas depois podia continuar a dormir.* (Jasmim, 39 anos, 1 PH e 1 PC)

Enquadradas no processo de *embodiment* e de coerência da experiência de parir, é valorizada a possibilidade de sentir o bebé e manter um contacto físico desde logo, mesmo durante o período expulsivo, bem como a possibilidade de amamentar, logo após o nascimento.

Também a descrição da dequitação é diversa, sendo um processo pouco significativo, para algumas mulheres, e muito significativo ou até doloroso para outras. De relevar que, apesar do recurso abundante à linguagem médica na descrição da restante experiência, o termo “dequitação”, paradoxalmente, nunca foi utilizado, recorrendo-se à expressão “*saída da placenta*” ou à inusitada expressão “*nascimento da placenta*”. A placenta emergiu como repleta de significado logo nas primeiras entrevistas, o que contrasta com a reduzida importância que lhe foi dada numa primeira fase do processo de investigação. A placenta é referida como fertilizante e fonte de energia, tanto para a terra, quando é enterrada, como para o corpo, quando é processada e encapsulada, para ser consumida. A placenta surge, também, como monumento. Para Le Goff (1984: 95), “um monumento é tudo aquilo que pode evocar o passado, perpetuar a recordação” e é “um legado à memória colectiva”. Neste caso, para quem decidiu fazer uma *placenta print* (um decalque da placenta numa superfície, neste caso, numa tela) e expô-la em sua casa, ou para quem decidiu enterrar a placenta e plantar, em cima, uma árvore, é criada uma obra que se destina a perpetuar a recordação do acontecimento marcante que foi, não só o nascimento do filho, mas própria experiência do parto em casa, até porque, tendo acontecido no hospital, seria impossível, ou quase, trazer a placenta para casa.

O pós-parto implicou a derradeira exposição da opção pelo parto em casa perante a sociedade, o que foi especialmente marcante para quem tinha decidido ocultar a opção a familiares e amigos, antes do parto. A exposição da opção perante profissionais de saúde, as decisões sobre a amamentação e a restante alimentação infantil e a mobilização dos recursos médicos instituídos como normais para a vigilância da saúde infantil tiveram contornos análogos aos já referidos anteriormente, no que concerne à gravidez. Também aqui não se verifica uma rejeição linear do modelo biomédico, mas um consumo reflexivo dirigido à construção de um sentido de coerência. A descrição da aceitação/rejeição das consultas médicas e, de forma particular, das vacinas ilustra o processo reflexivo que a enforma:

Sobre as vacinas (risos) pronto, também já era nossa opção que não queríamos vacinar o bebé, pelo menos até ele ter dois anos, e o pediatra fez alguma pressão para que nós o fizéssemos. Não tanto pela

saúde do bebé, em si, mas mais por uma questão de saúde comunitária. Que a nossa decisão era uma decisão um bocado individualista e que essas doenças, hoje em dia, já não existiam na comunidade precisamente porque as pessoas eram vacinadas e se toda a gente começasse a tomar a mesma decisão que nós estávamos a tomar, elas poderiam voltar. Pronto. E nós, mais uma vez, estivemo-nos a informar, ouvimos a opinião dele, fomos-lhe dizendo a nossa opinião e estivemo-nos a informar, também. Fomos ler bastante sobre o que é que dizia na Organização Mundial da Saúde, artigos relacionados com vacinas, diferentes opiniões, para retirarmos as nossas conclusões e percebemos que, realmente, percebemos que até aos dois anos não valia a pena ele ser vacinado, porque não iria correr risco de ser exposto a qualquer tipo dessas doenças, que hoje em dia já estão erradicadas e que, para ele desenvolver um sistema imunitário mais forte, o ideal seria que pelo menos até aos dois anos ele não fosse sujeito a vacinas. (Sofia, 28 anos, 1 PC)

Além da exposição da opção perante a família ou os profissionais de saúde, o pós-parto implicou o registo do nascimento e a inscrição no centro de saúde, o que nem sempre foi descrito como um processo simples, ilustrando uma certa impreparação do sistema. É mais comum a referência a dificuldades na inscrição no centro de saúde, do que o registo de nascimento. No entanto, há quem refira que, na conservatória do registo civil, por falta de informação de qual o procedimento correcto, o local do nascimento tenha sido registado como “outro” e não como “domicílio”. Verificando-se isto a uma escala maior, colocaria em causa a representatividade da informação estatística existente a este respeito. Em relação ao apoio social consignado à maternidade e paternidade, não foi referida qualquer barreira. Não obstante, foram salientados os custos de um parto em casa, que se tornam elevados por serem assumidos integralmente, sem possibilidade de participação de um seguro de saúde ou do Estado, o que pode configurar desigualdades no acesso a este serviço. Os valores referidos variam entre os 300€ e os 1000€, incluindo o acompanhamento da gravidez, do parto e do pós-parto. A não participação revela que o Estado não reconhece legitimidade bastante à assistência dada num parto domiciliar, apesar de também não a considerar ilegal. Apesar da mediatização da opção pelo parto em casa e da expressão crescente, a nível nacional e internacional, de movimentos de leigos e peritos que defendem a opção pelo parto em casa, a sua legitimação política, em Portugal, é um horizonte, por ora, distante.

CONCLUSÃO

A abertura heurística deste estudo, conferida pelo seu carácter exploratório, permitiu alcançar os objectivos propostos e é possível, agora, identificar eixos que se revelaram centrais na compreensão dos fenómenos sociais estudados. Desde logo, o percurso inicial de definição da opção ilustra um processo reflexivo, caracterizado pela gestão e apropriação da informação, científica ou não, e pela construção ou destruição de relações baseadas na confiança, de forma a integrar a gravidez no *self*, procurando um sentido de coerência identitária. O consumo de tecnologias médicas, com uma mobilização selectiva de recursos, é também uma imagem da fragilidade dos sistemas periciais característica da modernização reflexiva. É notória a subjectividade das percepções do risco, com os riscos médicos e os riscos sociais a assumirem múltiplas configurações e, por vezes, configurações opostas, como acontece com o hospital: medicamente entendido como o local menos arriscado para parir, mas aqui socialmente configurado como o mais arriscado. Em todo o caso, o parto continua a ser um evento social e o conjunto de opções não é imune às expectativas médicas e sociais sobre a gravidez. O risco moral assume um protagonismo importante e condiciona, em grande medida, as relações estabelecidas com o sistema médico e convencional. A incompatibilidade com os sistemas de vigilância e controlo, impostos pela instituição médica e hospitalar, conduzem o parto num movimento de desinstitucionalização que, apesar de retirar poder e protagonismo à prática médica, não o transforma num acontecimento desmedicalizado, não só por existir um uso selectivo desse recurso, mas também pelo facto de o discurso ser enformado, em grande medida, pela linguagem médica. Não se rejeita o modelo biomédico, mas sim o monopólio e a hegemonia de saber e de acção da biomedicina sobre algumas áreas da vida, nomeadamente, a gravidez, o parto e a infância.

Os resultados e a conclusão não esgotam os temas sociologicamente pertinentes que emergiram e não reflectem, por isso, toda a riqueza dos dados recolhidos, revelando a importância de se dar seguimento a este percurso de investigação. Nomeiam-se alguns desses temas, como as representações de género incorporadas no planeamento da gravidez e na experiência do parto; a circulação de saberes, a racionalidade associada à influência do espaço físico sobre o parto e a fragilidade reconhecida ao modelo de formação de base hospitalar da enfermeira/parteira.

Levantam-se algumas questões que outros estudos poderão ajudar a responder. Seria relevante, por exemplo, analisar o discurso médico sobre o parto em casa, ou as estratégias de reivindicação e de delimitação de saber e de acção entre doulas e enfermeiras. No mesmo sentido, poder-se-ia estudar o que parece ser a redefinição de um campo de saber exclusivo da enfermeira/parteira – a assistência ao parto em casa – onde as tecnocracias poderão conduzir à retoma de uma identidade profissional própria que permita um novo fechamento social. Numa outra abordagem, também a aceitação/rejeição das vacinas se apresentou como um fenómeno cuja complexidade e interesse sociológico não cabiam nesta investigação, e que estudos futuros poderão ajudar a compreender.

BIBLIOGRAFIA

- Aiach, P. (1998), “Les voies de la médicalisation” em P. Aiach e D. Delanoë (Orgs.) *L'ère de la médicalisation: ecce homo sanitas*, Paris, Economica, p. 15-36, citado por A. Augusto, *opus cit.*
- Albarello, L. (1997), “Recolha e tratamentos quantitativos dos dados de inqueritos” em L. Albarello *et al.* (orgs.), *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais*, 2ª Ed., Lisboa, Gradiva.
- Amâncio, L. (1998), *Masculino e Feminino*, 2.ª edição, Porto, Afrontamento.
- Augusto, A. (2004), *Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida em Portugal: dos problemas privados aos assuntos públicos*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Covilhã, UBI.
- Badinter, E. (2010), *A mulher e a mãe*, Lisboa, Relógio D'Água Editores.
- Baudrillard, J. (2007), *Sociedade de Consumo*, Lisboa, Edições 70.
- Beaud, S. e F. Weber (2003), *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, La Decouvert.
- Beauvoir, S. (2008), *O Segundo Sexo*, Edição em dois volumes, Lisboa, Quetzal.
- Beck, U. (1992), *Risk Society: towards a new modernity*, Londres, Sage.
- Beck, U., A. Giddens e S. Lash (2000), *Modernização Reflexiva*, Oeiras, Celta.
- Benoit, C. (1989), “The professional socialisation of midwives: Balancing art and science”, *Sociology of Health & Illness*, (Online), 11 (2).
Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119438771/PDFSTART>
- Bowling, A. (1997), *Research Methods in Health*, Buckingham e Filadélfia, Open University Press.
- Bryman, A. (2004), *Social research methods*, 2ª Ed., New York, Oxford University Press.
- Bury, M. (1997), *Health and illness in a changing society*, Nova Iorque, Routledge.
- Campbell, C. R. e S. Porter (1997), “Feminist theory and the sociology of childbirth: a response to Ellen Annandale and Judith”, *Sociology of Health & Illness*, (Online), 19, (3).
Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119170134/PDFSTART>
- Carapinheiro, G. (2005), *Saberes e poderes no hospital*, 4ª Ed., Lisboa, Afrontamento.
- Caria, T. (org.) (2003), *A experiência etnográfica em ciências sociais*, Porto, Afrontamento.
- Carneiro, M. (2008), *Ajudar a Nascer*, Porto, Editora da Universidade do Porto.
- Carpenter, M. (1993), “The subordination of nurses in health care: towards a social divisions approach” em E. Riska e K. Weigar (eds.), *Gender, Work and Medicine: Women and the medical division of labour*, Londres, Sage Studies in International Sociology.
- Cheyney, M. J. (2008), “Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace”, *Qualitative Health Research*, (Online), 18, (2).
Disponível em: <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/2/254>
- Collière, M.F. (1999), *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*, 5ª Edição, Lisboa, Porto e Coimbra, Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conrad, P. (2007), *The medicalization of society*, Baltimor, The Johns Hopkins University Press.
- Denzin, N. K. e Y. S. Lincoln, Eds. (2005), *The Sage handbook of qualitative research*, 3ª Ed., Thousand Oaks, Sage.
- Ettorre, E. (2000) “Reproductive Genetics, Gender and the Body: ‘Please Doctor, may I have a Normal Baby?’”, *Sociology*, (Online), 34, (3).
Disponível em: <http://soc.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/3/403>

- Fisher, C., Y. Hauckb e J. Fenwick (2006), “How social context impacts on women’s fears of childbirth: A Western Australian example”, *Social Science & Medicine*, (Online), 63.
Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/>
- Foddy, W. (1996), *Como Perguntar – Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*, Oeiras, Celta.
- Foucault, M. (1989), *The Birth of the Clinic*, Londres e N.I., Routledge.
- Foucault, M. (1999), *Em defesa da sociedade*, São Paulo, Martins Fontes.
- Foucault, M. (1994), *História da Sexualidade I – A vontade de saber*, Lisboa, Relógio D’Água.
- Fox, B. e D. Worts (1999), “Revisiting the critique of medicalized childbirth: a Contribution to the Sociology of Birth”, *Gender & Society*, (Online), 13, (3).
Disponível em: <http://gas.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/3/326>
- Freidson, E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Garmarnikow, E. (1978), Midwives and Medical Men: A History of Inter-Professional Rivalries and Women's Rights by Jean Donnison (Review work), *The British Journal of Sociology*, (Online), 29, (3). Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/590120>
- Ghiglione, R. e B. Matalon (2001), *O Inquérito. Teoria e Prática*, 4ª Ed., Oeiras, Celta.
- Giddens, A. (1998), *As consequências da modernidade*, 4ª edição, Oeiras, Celta.
- Giddens, A. (2008), *Sociologia*, 6ª edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerra, I. C. (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*, Estoril, Princípia.
- Howson, A. (1998), “Embodied Obligation – The female body and health surveillance” em S. Nettleton e J. Watson (eds.), *The Body in Everyday Life*, Londres, Routledge.
- Hugman, R. (1991), *Power in Caring Professions*, Houndmills, Macmillan Press.
- Hyde, A. e B. Roche-Reid (2004), “Midwifery practice and the crisis of modernity”, *Social Science & Medicine*, (Online), 58. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/>
- Joaquim, T. (2006), *Cuidar dos outros, cuidar de si*, Lisboa, Livros Horizonte.
- Lawson, E. J. E S. Rajaram (1994), “A transformed pregnancy: the psychosocial consequences of gestational diabetes”, *Sociology of Health & Illness*,(Online), 16, (4).
Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119271568/PDFSTARR>
- LeCompte, M. D. e J. J. Schensul (1999), *Designing and conducting ethnographic research*, California, AltaMira Press.
- Le Goff, J. (1984), “Documento/monumento” em Vários, *Enciclopédia Einaudi: Memória – História*, 1, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Levy, T. (2004), “Crueldade e crueza do binarismo” em F. Cascais (ed.), *Indisciplinar a Teoria*, Lisboa, Fenda CLN.
- Lopes, N. M. (2007), “Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança”, *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 78.
- Lupton, D. (1994), *Medicine as a culture. Illness, disease and the body in Western Societies*, Londres, Thousand Oaks and Nova Deli, Sage.
- MacInnes, J. (1998), *O Fim da Masculinidade*, Porto, Ambar.
- Maroy, C. (1997), “A análise qualitativa de entrevistas” em Luc Albarello *et. al. (orgs)*, *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais*, 2ª Ed., Lisboa, Gradiva.
- Martin, K. A. (2003), “Giving Birth Like A Girl”, *Gender & Society*, (Online), 17, (1).

- Disponível em: <http://gas.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/1/54>
- Miles, A. (1991), *Women, health and medicine*, Buckingham, Open University Press.
- Miller, A. C. (2009), “«Midwife to Myself»”, *Sociological Inquiry*, (Online), 79, (1).
Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-682X.2008.00272.x/pdf>
- Mills, C. W. (1982), *A imaginação sociológica*, 6ª Ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Nogueira, C. (2001), *Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero*, s.l., FCG e FCT.
- Payne, S. (1991), *Women, health and poverty*, Nova Iorque e Londres, Harvester Wheatsheaf.
- Petchesky, R. P. (1987), “Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction”, *Feminist Studies*, (Online), 13, (2). Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3177802>
- Riessman, C. (1994), “Women and medicalization: a new perspective”, em Schwartz, H. (ed.) *Dominant Issues in Medical Sociology*, New York, MacGraw-Hill, 3ª ed., citado por A. Augusto *opus cit.*
- Rothman, B. K. (1989), “Women as Fathers”, *Gender and Society*, (Online) 3, (1).
Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/190041>
- Ruquoy, D. (1997), “Situação de entrevista e estratégia do investigador” em Luc Albarello *et. al. (orgs)*, *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais*, 2ª Ed., Lisboa, Gradiva.
- Saks, M. (1994), “The alternatives to medicine” em J. Gabe, D. Kelleher e G. Williams (eds.), *Challenging medicine*, Londres e N.I., Routledge.
- Sacks, S. R. e P. B. Donnenfeld (1984), “Parental Choice of Alternative Birth Environments and Attitudes toward Childrearing Philosophy”, *Journal of Marriage and the Family*, (Online), 46, (2).
Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/352479>
- Serra, H. (2006), “Da tecnologia à tecnocracia. Estratégias de poder médico no limiar das fronteiras entre especialidades: o caso da transplantação hepática” em G. Carapinheiro (Org.), *Sociologia da saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página.
- Shaw, R. (2007), “«It's your body, your baby, your birth»”, *Feminism Psychology*, (Online), 17, (565).
Disponível em: <http://fap.sagepub.com/cgi/content/refs/17/4/565>
- Silva, L. F. da e F. Alves (2002), *A Saúde das Mulheres em Portugal*, Porto, Afrontamento.
- Silverman, D. (2005), *Doing qualitative research*, 2ª Ed., Londres, Sage.
- Smith-Rosenberg, C. (1972) “The hysterical woman”, *Social Research*, (Online), 39, (4).
Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/40970115>
- Tereso, A. (2005), *Coagir ou emancipar?*, Coimbra, Formasau.
- Viisainen, K. (2000), “The moral dangers of home birth: parents’ perceptions of risks in home birth in Finland”, *Sociology of Health & Illness*, (Online) 22, (6), pp. 792-814.
Disponível em: <http://search.ebscohost.com/>
- Weiss, R. S (1994), *Learning from strangers*, Nova Iorque, The Free Press.
- Weitz, R. e D. Sullivan (1985), “Licensed lay midwifery and the medical model of childbirth”, *Sociology of Health and Illness*, (Online) 7, (1).
Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119513432/PDFSTART>
- Zadoroznyj, M. (2001), “Birth and the ‘reflexive consumer’”, *Journal of Sociology*, (Online), 37, (2).
Disponível em: <http://jos.sagepub.com/cgi/content/abstract/37/2/117>
- Zola, I. (1975), “Medicine as institution of social control”, em C. Cox e A. Mead (eds.), *A sociology of medical practice*, Londres, CollierMacmillan.

