



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE GRADUAÇÃO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

ERIKA DA COSTA RABAY

**PARTO E CLASSE: ANÁLISE SOCIOLÓGICA DOS CONDICIONANTES
SOCIAIS DA DEFINIÇÃO DA VIA DE PARTO EM JOÃO PESSOA/PB**

**JOÃO PESSOA
2025**

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES (CCHLA)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ERIKA DA COSTA RABAY

**PARTO E CLASSE: ANÁLISE SOCIOLÓGICA DOS CONDICIONANTES
SOCIAIS DA DEFINIÇÃO DA VIA DE PARTO EM JOÃO PESSOA/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^a Dra Miqueli Michetti.

JOÃO PESSOA

2025

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

R112Pp Rabay, Erika da Costa.

Parto e classe: análise sociológica dos condicionantes sociais da definição da via de parto em João Pessoa/PB / Erika da Costa Rabay. - João Pessoa, 2025.

64 f.

Orientador: Miqueli Michetti.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2025.

1. Parto. 2. Classe social. 3. Capital cultural. 4. Sociologia. I. Michetti, Miqueli. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 304.2

ERIKA DA COSTA RABAY

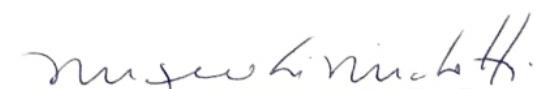
**PARTO E CLASSE: ANÁLISE SOCIOLÓGICA DOS CONDICIONANTES
SOCIAIS DA DEFINIÇÃO DA VIA DE PARTO EM JOÃO PESSOA/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Ciências Sociais.

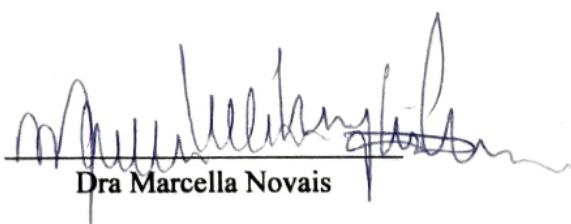
Orientadora: Prof.^a Dra Miqueli Michetti.

Aprovado em: 23/09/2021

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dra Miqueli Michetti


Prof.^a Dra Simone Magalhães Brito


Dra Marcella Novais

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todas as oportunidades que me foram concedidas.

A eles, e também, às minhas irmãs, aos meus amigos e ao meu namorado por todo apoio.

Aos professores do curso de Ciências Sociais da UFPB, pela inspiração e contribuição na minha jornada acadêmica, em especial, à minha orientadora, Professora Doutora Miqueli Michetti.

Às mães que participaram desta pesquisa, por se disporem a compartilhar suas histórias.

RESUMO

Este trabalho de Conclusão de Curso busca compreender como os fatores sociais, em especial disposições dimensão da classe social, incidem sobre a definição da via de parto no Brasil. A pesquisa parte da constatação de que, embora a taxa de cesarianas brasileiras em 2021 seja 57%, essa porcentagem atinge 81,76 % quando analisados apenas os partos em hospitais particulares (SINASC, 2023). A clara diferença entre as taxas de parto cirúrgico no sistema de saúde pública e no sistema de saúde suplementar sugere a interferência de condicionantes sociais e institucionais, mas também de disposições sociais associadas à classe. Para entender a problemática foram utilizados como principais referenciais teóricos Foucault (2011), pela contribuição em entender a relação de poder entre médico e paciente, e Bourdieu (2011), pelo entendimento multidimensional das classes sociais e o envolvimento do *habitus* nas tomadas de decisão. Nesta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, realizada primordialmente através de entrevistas com mulheres de diferentes classes sociais que tiveram partos entre 2020 e 2025. Por meio da análise das entrevistas foi possível compreender, a partir das propriedades sociais das respondentes e dos sentidos por elas externados práticas relacionadas ao parto - como aspectos institucionais da saúde pública e da saúde privada, tal qual a disponibilidade ou não de informações detalhadas sobre as vias de parto - e também como o volume de capital cultural e a dotação de sentidos e valores simbólicos diferenciais para diferentes vias de parto entre as classes influem na definição desta prática social.

Palavras-chave: parto; classe social; capital cultural; sociologia da saúde.

ABSTRACT

This final project seeks to understand how social factors, especially social class-related dispositions, influence the definition of delivery method in Brazil. The research is based on the finding that, although the Brazilian cesarean section rate in 2021 was 57%, this percentage reached 81.76% when analyzing only births in private hospitals (SINASC, 2023). The clear difference between surgical delivery rates in the public health system and the supplementary health system suggests the influence of social and institutional constraints, but also of social dispositions associated with class. To understand the problem, the main theoretical frameworks used were Foucault (2011), for his contribution to understanding the power relationship between doctor and patient, and Bourdieu (2011), for his multidimensional understanding of social classes and the involvement of habitus in decision-making. This research used a qualitative approach, conducted primarily through interviews with women from different social classes who gave birth between 2020 and 2025. Through analysis of the interviews, it was possible to understand, based on the social characteristics of the respondents and the meanings they expressed regarding practices related to childbirth—such as institutional aspects of public and private health care, such as the availability or lack of detailed information on delivery routes—and also how the amount of cultural capital and the allocation of differential meanings and symbolic values to different delivery routes across classes influence the definition of this social practice.

Keywords: childbirth; social class; cultural capital; sociology of health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 : Propriedades sociais gerais das entrevistadas.....	64
Quadro 2 : Distribuição dos dados sobre o uso de serviços de saúde das entrevistadas...	65
Quadro 3 : Distribuição dos dados de escolarização das entrevistadas.....	66

LISTA DE SIGLAS

OMS- Organização Mundial da Saúde

SUS- Serviço Único de Saúde

TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB- Universidade federal da paraíba

SUMÁRIO

Capítulo 1: Introdução.....	10
Capítulo 2: Caminho metodológico.....	12
Capítulo 3: Revisão de literatura: fundamentos teóricos e debate atual sobre o tema....	16
Balizas teóricas.....	16
3.1.1 O médico e o paciente.....	16
3.1.2 A construção das preferências e das trajetórias de vida.....	17
3.1.3 Bourdieu e o gênero.....	19
3.1.4 O corpo na sociologia.....	20
3.1.5 Classe e a natureza das instituições.....	21
Estado da arte e o debate atual sobre o tema.....	22
3.2.1 O nascimento no Brasil em dados.....	22
3.2.2 Medicinalização do parto.....	23
3.2.3 Tecnocratização do Parto.....	24
3.2.4 Misoginia no parto.....	25
3.2.5 Parto como uma atividade mercantil.....	26
3.2.6 Humanização do Parto.....	26
3.2.7 Parto e marcadores sociais.....	27
Capítulo 4: Análise do material e resultados da pesquisa.....	29
4.1 Apresentação do corpus da pesquisa.....	29
4.2 A percepção da decisão sobre a via de parto.....	30
4.3 Assimetria no discurso sobre parto.....	33
4.4 O conhecimento sobre as vias de parto.....	37
4.5 Valor simbólico do parto.....	40
4.6 Capital cultural e econômico na determinação da via de parto.....	47
4.7 Assistência obstétrica durante a pandemia de covid-19.....	49
Capítulo 5: Conclusão.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS:.....	58

Capítulo 1: Introdução.

O parto humano, embora por vezes seja reduzido unicamente a um fenômeno médico, é atravessado por fatores culturais, sociais e políticos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesariana em qualquer país ou região não exceda 15%. (OMS, 2015). A despeito disso, em 2021, 57% dos nascimentos no Brasil ocorreram por cesariana, no mesmo período, a taxa de cesáreas na saúde suplementar alcançou 81,76% (BRASIL – SINASC, 2023 apud AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024).

Considerando que as taxas de cesariana brasileiras contrariam a recomendação da OMS, ou seja, que não há razões clínicas para o alto índice de cesáreas, é possível compreender a determinação da vida de parto como motivada sobretudo por fatores culturais e sociais. Diante da discrepância entre a taxa de cesarianas nacional e a taxa de cesarianas na saúde suplementar, dado que diferentes frações de classes utilizam o SUS e o sistema de saúde privado (Salata, A. R.. 2015), pode-se levantar a hipótese de que a perspectiva de classe pode ser relevante na definição da via de parto.

Esta pesquisa pretende investigar se, e se sim, de que forma, os condicionantes e as disposições de classe interferem no processo de determinação da via de parto. A identificação dos aspectos que dispõem às diferentes vias de parto é crucial para o entendimento de como a saúde reprodutiva, o direito ao corpo e à autonomia feminina são vividos em diferentes frações de classe sociais, e por isso, pode contribuir para um ganho em compreensão sobre o tema e, ainda, uma contribuição a políticas públicas mais equitativas.

Devido à dimensão multifacetada envolvendo a determinação da via de parto, esta pesquisa tem uma abordagem qualitativa, feita através de entrevistas com mães de diferentes classes sociais. O critério de inclusão abrangeu: mulheres maiores de 18 anos, que tiveram filhos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2025 em João Pessoa que aceitaram voluntariamente integrar a pesquisa.

As entrevistas tiveram como base um roteiro semi-estruturado, e após as entrevistas era aplicado um questionário para posicionamento de cada pessoa num espaço social estimado a partir de variáveis de ocupação, renda e escolaridade. O roteiro de entrevistas teve como foco o processo de determinação da via de parto, buscando entender as motivações atribuídas pelas mães a essa determinação, bem como os aspectos contribuíram para essa determinação.

As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente e depois analisadas. Durante a análise identificou-se variações no processo de determinação da via de parto, posteriormente, associada à posição das entrevistadas no espaço social esboçado.

Os principais referenciais teóricos utilizados para fundamentação deste trabalho foram Bourdieu (2011) e Foucault (2011). As contribuições de Bourdieu permitiram a aplicação de conceitos como capitais, *habitus*, disposições e trajetórias. As ideias de Foucault foram essenciais para compreender as relações de poder entre Medicina e paciente. Cuidou-se também em trazer críticas e atualizações ao referencial bourdieusiano para se pensar a dimensão de gênero.

O grupo resultante das entrevistas é composto por 18 mulheres altamente intelectualizadas, 12 pós-graduadas, com um intervalo etário no momento do parto entre 20 e 40 anos. Durante a análise, foi notável a relação entre as diferenças de marcadores sociais e as experiências de determinação da via de parto.

A partir dessa base teórica e da pesquisa empírica, percebeu-se que diferentes frações de classe atribuem sentidos diferentes e até opostos às vias de parto vaginal ou cirúrgica, haja vista, inicialmente, os termos utilizados nesse universo social como “parto natural”, “humanizado”, “violência obstétrica”, entre outros. O parto humano consiste, portanto, em uma prática social privilegiada a partir da qual se acessar como a realidade das classes é vivida e, ao mesmo tempo, o estudo sociológico das classes sociais joga luzes sobre as formas e sentidos adquiridos pelos partos humanos na sociedade contemporânea.

Para apresentar a pesquisa, além desta introdução, no segundo capítulo é descrito em detalhes toda jornada metodológica; no terceiro capítulo há o debate teórico e a apresentação do parto como objeto de estudo das ciências sociais; no quarto capítulo são analisados os dados produzidos nas entrevistas; e, por fim, no quinto capítulo são dispostas as conclusões, que apontam para a oposição entre práticas no setor privado e público de atenção à saúde, algo que os dados estatísticos já demonstravam, mas com o acréscimo dos sentidos atribuídos e à centralidade de determinado tipo e volume de capital cultural na definição da via de parto vaginal, em especial o não hospitalar.

Capítulo 2: Caminho metodológico

Para atingir os objetivos da pesquisa, foi inicialmente realizada uma revisão da literatura em duas frentes, o referencial teórico e o estado da arte, com o intuito de, respectivamente, aprofundar questões teóricas mais amplas, como o poder e o discurso médico e as disposições de frações de classe; e entender como o parto tem sido trabalhado como objeto das ciências sociais.

O referencial teórico foi desenvolvido, principalmente, com base nas ideias de Michel Foucault e Pierre Bourdieu. As ideias de Foucault foram essenciais para discutir o processo de medicalização do parto, o papel do discurso médico no momento de determinação da via de parto e a assimetria de poder nas relações entre médico e paciente. Os trabalhos de Bourdieu contribuíram para essa pesquisa justamente na compreensão de como as trajetórias de vida são condicionadas e pelo posicionamento dos agentes no espaço social.

O levantamento do estado da arte permitiu compreender o parto como objeto de estudo das ciências sociais. Para essa parte da pesquisa foram usados a base de dados do Scielo, do Google Scholar e do Periódicos CAPES. Os termos utilizados para a busca foram “parto e classe”, “determinação das vias de parto”, “parto e sociedade”, “parto vaginal e parto cesáreo” e “parto e sociologia”. Além disso, foram analisadas as referências dos trabalhos já selecionados como meio para ampliar a pesquisa. Durante a busca do estado da arte foram considerados artigos, teses e livros com acesso aberto online ou disponíveis no acervo da UFPB. Os trabalhos selecionados foram classificados para a organização da leitura, utilizando a plataforma zotero.

Com isso, chegou-se a hipótese de que existe um recorte de classe na maneira como acontece a determinação da via de parto, e que esse recorte também se exprime institucionalmente. Por isso, inicialmente pretendia-se obter as entrevistas de forma mediada por diferentes instituições de saúde: maternidades públicas, maternidades privadas e casas de parto. Entrou-se em contato com 3 casas de parto ou equipes para parto domiciliar, 5 maternidades particulares e 1 hospital público, inclusive foi aberto um protocolo no site da prefeitura para que pudesse fazer a pesquisa em maternidades públicas. Pretendia-se utilizar as instituições com proxy, como uma forma de chegar a classes que faziam uso majoritário destas instituições.

Porém, essa abordagem não teve êxito. As instituições privadas, seja as maternidades, casas de parto ou equipes para parto domiciliar, em muitos momentos ignoraram a tentativa de contato por email, por telefone e presencialmente, em vezes não havendo nenhum diálogo antes da recusa à proposta de colaboração com a pesquisa.

Em um dos contatos com um administrador de uma maternidade privada, este a todo momento parecia preocupado em evidenciar como a maternidade a qual administrava ofertava um serviço de parto “humanizado” com altos índices de partos vaginais, apesar de se prontificar em colaborar com a pesquisa, não respondeu mais aos contatos posteriores. A insistência de reforçar o caráter “humanizado” da maternidade por parte das instituições privadas pode ser lida como um dado de pesquisa, ainda que ela não tenha colaborado diretamente com a coleta de dados e informações. Quanto ao contato com o hospital público, este foi realizado diretamente com o centro de pesquisa da instituição, que solicitou a abertura de um protocolo no site da prefeitura. No entanto, considerando que o prazo de processamento do protocolo ultrapassou o tempo disponível, não foi viável aguardar sua conclusão para iniciar as entrevistas.

Devido ao insucesso dessa abordagem focada nas instituições, optou-se por buscar as entrevistadas por outros meios, compartilhando um convite para participação da pesquisa em grupos de mães, pelo site *baby center* e pelo compartilhamento de contatos das próprias entrevistadas, pelo método bola de neve.

O critério de recrutamento para essa pesquisa foram mulheres que deram à luz entre janeiro de 2020 e janeiro de 2025, que tiveram o parto em João Pessoa e que tinham mais de 18 anos, as entrevistas eram voluntárias. Antes das entrevistas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando o objetivo da pesquisa, assegurando o anonimato da participante e das pessoas ou instituições citadas por ela, garantindo a possibilidade de desistência a qualquer momento e pedindo a autorização para divulgação dos resultados apenas em âmbito acadêmico-científico.

Nesta pesquisa o grupo de entrevistadas era composto por 18 mulheres, que tiveram seus partos quando tinham entre 20 e 40 anos, uma tinha 20 anos, 6 delas tinham entre 27 e 30 anos, 6 delas tinham entre 31 e 35 anos e 5 delas tinham entre 36 e 40 anos no momento do parto. Racialmente, 10 das entrevistadas se autodeclararam brancas, 7 se autodeclararam pardas e 1 se autodeclarou negra.

As entrevistadas eram altamente escolarizadas, 12 delas eram pós-graduadas, 2 graduadas, 2 com o ensino superior incompleto, 1 com o ensino médio completo e 1 com o ensino fundamental incompleto.

Analisando a renda familiar, 1 entrevistada afirmou que a renda familiar correspondia a até 1 salário mínimo, 5 que a renda familiar correspondia a um valor entre 1 e 3 salários mínimos, 7 das entrevistadas afirmaram que a renda familiar correspondia a um valor entre 3 e 6 salários mínimos, 3 declararam que a renda familiar correspondia a um valor entre 6 e 10 salários mínimos e duas que a renda familiar correspondia a um valor acima de 10 salários mínimos.

No que se trata do parto, 1 desejava um parto cirúrgico, 7 desejavam o parto domiciliar e 10 desejavam o parto vaginal em hospital. Duas entrevistadas tiveram dois partos no período de tempo analisado, por isso o total de partos é 20, entre eles 5 foram partos cirúrgicos, 10 partos vaginais em hospital e 5 partos domiciliares. Entre as entrevistadas, 4 das entrevistadas tiveram parto em casa, uma teve em casa de parto, 6 tiveram em hospitais públicos e 7 em hospitais privados. Todas essas informações sobre as entrevistadas estão disponíveis nos quadros de propriedades sociais. (anexo)

As entrevistas aconteciam, em sua maioria, presencialmente na residência das entrevistadas, com algumas exceções que a pedido das entrevistadas aconteceram online por vídeo chamada pela plataforma do Google Meet. Todas as entrevistas foram gravadas, com seu consentimento, com o intuito de serem transcritas posteriormente. As entrevistas tinham como base um roteiro semiestruturado (em anexo), e após as entrevistas era aplicado um questionário com questões objetivas para chegar ao posicionamento social das entrevistadas. O roteiro de entrevista abordou o pré-natal, o processo de determinação da via de parto e a percepção sobre as vias de parto, buscando identificar motivações para determinação, e as interferências sociais nessa determinação.

Com o intuito de não induzir qualquer resposta, as entrevistas foram conduzidas com cuidado para que termos embutidos de sentido próprio, como “violência obstétrica”, “parto humanizado” ou “humanização”, não fossem citados pela entrevistadora (MINAYO, 2014).

Além das entrevistas, fiz observação participante frequentando eventos do “grupo de mães” e de “roda de gestantes” com doula e enfermeiras. O evento que participei ocorreu no Dia Internacional da Mulher e foi organizado por um grupo de mães em parceria com outros coletivos de mulheres. Ademais, participei de uma roda de mães com doula e enfermeiras, na

qual pude observar conversas acerca da gestação e do parto, com a ênfase a um diálogo sobre a medicalização do parto.

A análise envolveu uma leitura aprofundada das entrevistas, identificando as confluências e divergências no processo de determinação da via de parto, relacionado-as à posição das entrevistadas no espaço social.

As entrevistas foram transcritas integralmente e depois analisadas. Com o objetivo de preservar a identidade das participantes e das pessoas por elas mencionadas, as entrevistadas foram identificadas como Entrevistada 1, Entrevistada 2 consecutivamente, e outros nomes próprios foram substituídos por termos genéricos, como 'meu marido' ou 'minha filha', indicando o relacionamento entre a pessoa citada pelo nome e a entrevistada.

Durante a análise, de modo inferencial as vias de parto foram separadas em 3 tipos: o parto cirúrgico, que inclui cesáreas eletivas, que são parto agendados, e cesariana de emergência; o parto vaginal, que inclui parto vaginal induzido, parto vaginal com intervenções e parto vaginal sem intervenção em hospital; e o parto domiciliar, que inclui o parto vaginal em casa de parto ou parto vaginal em casa com uma parteira.

Nessa pesquisa, na análise, o acesso à saúde é dividido em duas formas principais: Sistema público de saúde e sistema suplementar de saúde. As formas de atendimento médico no sistema suplementar de saúde foram divididas em duas, que em alguns momentos da análise são especificadas: o atendimento por convênio ou por plano de saúde e o atendimento particular. A modalidade de atendimento por convênio ou por plano de saúde, que nesse trabalho funcionam como sinônimos, é caracterizada por um atendimento ofertado por intermédio de uma operadora. A modalidade particular caracteriza-se pela contratação e o pagamento direto pelo serviço, sem intermédio de uma operadora.

Capítulo 3: Revisão de literatura: fundamentos teóricos e debate atual sobre o tema

Balizas teóricas

O marco teórico principal da pesquisa foi constituído por alguns trabalhos de dois intelectuais franceses, Michel Foucault e Pierre Bourdieu. Em que pese as diferenças entre eles, suas teorias auxiliaram a construção das hipóteses da pesquisa que aqui se apresenta.

3.1.1 O médico e o paciente

Michel Foucault é reconhecido por trabalhos como “O nascimento da clínica”, no qual em uma análise crítica sobre a medicina atual, aborda o discurso médico como um dispositivo de controle e de poder.

Para Foucault (2011), o método médico fundamentado no “Olhar clínico”, constrói o diagnóstico pela observação do corpo do paciente. Nesse processo de diagnóstico, o paciente é observado, classificado e objetificado, tornando-se objeto de estudo. Dessa forma, o olhar médico não apenas investigaria o corpo do paciente, mas também exerceria poder e controle sobre ele, podendo intervir sobre o corpo do paciente. Dessa forma, Foucault (2011) analisa a passagem do médico como observador para uma autoridade, cujo discurso é respaldado por uma instituição, com o poder de decisão sobre os corpos dos pacientes, regulando a vida e a saúde deles.

Em sua obra Foucault (2011) , atenta para a percepção de que as relações médicas não são neutras, mas sim permeadas por relações de poder. O médico detém o conhecimento sobre o corpo, exerce controle sobre os corpos e molda a percepção dos pacientes sobre si mesmos.

De forma mais geral, segundo Foucault (2011), construir saber sobre algo é construir poder sobre aquilo. Na medicina, a produção de exames e de diagnósticos sobre os pacientes constrói saber sobre o corpo e gera poder para os médicos e para as instituições de saúde sobre os agentes e seus corpos, através do controle, da regulação dos corpos e da construção de subjetividades, como para os próprios agentes sobre eles mesmos e sobre seus corpos. Por meio do diagnóstico o saber médico muda e regula a forma como os pacientes se veem. (Foucault, 2011)

De acordo com a perspectiva Foucaultiana, há uma assimetria na relação entre o médico e o paciente, devido ao poder médico, derivado do saber sobre os corpos, e a posição

do paciente como veículo e objeto desse poder (Foucault,2011). Assim, seguindo essa linha de pensamento, o discurso sobre as vias de parto é assimétrico, pois o(a) obstetra é respaldado(a) por um saber/poder médico institucionalizado.

3.1.2 A construção das preferências e das trajetórias de vida

Outro autor basal para esta pesquisa é Pierre Bourdieu. Em seu livro “A Distinção: crítica social do julgamento”, Bourdieu(2011) desenvolve a percepção de classe social além do capital econômico, destacando aspectos simbólicos e disposições de classe. Assim como, relacionado o habitus e a posição no espaço social à trajetória e as escolhas de vida.

Na perspectiva de Bourdieu (2011), nas sociedades contemporâneas há vários tipos de capital: o capital econômico, que seria composto pelas condições materiais efetivas de existência, o capital cultural que se refere a valores, conhecimento e comportamentos culturais, já o capital social se refere a redes de relações sociais e o capital simbólico que se trata do reconhecimento social convertido em prestígio e legitimidade. Os capitais podem ser herdados e/ou adquiridos. Segundo Bourdieu (2011), o capital cultural pode ser encontrado em três estados: incorporado refere-se ao capital cultural expresso pelo corpo, como bons modos; objetivado trata-se do capital cultural expresso através da posse bens, como livros, obras de arte; institucionalizado diz respeito a diplomas e títulos respaldados por instituições.

A classe social, para Bourdieu (2011), não é definida apenas pela posição na cadeia produtiva, ou pela posse de bens materiais, ou pela posse de capital cultural. Para ele, a classe social se estrutura pela relação entre as propriedades pertinentes e o efeito dessas propriedades sobre as práticas sociais. Conforme Bourdieu (2011), as classes sociais possuem *habitus* que se distinguem entre si, que são influenciados pelas condições materiais efetivas de existência.

Dessa forma, visto que a classe social é formada pela interação entre os tipos dos capitais em variados volumes e estruturas, a fração de classe que representa a elite econômica, pode não ser a mesma que representa a elite cultural. Através da comparação entre dois grupos com capitais culturais diferentes é possível observar que não são apenas as condições materiais de existência que dispõem as trajetórias de vida, sendo possível perceber a influência dos outros tipos de capitais. (Bourdieu, 2011)

Bourdieu (2011) descreve o *habitus* como a interiorização de princípios e valores sociais que regulam a forma de agir, pensar, ao mesmo tempo em que o *habitus* é exteriorização do interior. Em um movimento duplo, o *habitus* constitui e é construído, ele é

concomitantemente construtor de práticas classificatórias, como também é um sistema de classificações. (Bourdieu, 2011)

As práticas podem ser objetivamente reguladas, mesmo não sendo produto de obediência consciente a regras predispostas. As preferências, orientadas pelo *habitus*, resultam de condicionamentos relacionados às posições de classe. Com isso, para Bourdieu (2011), o *habitus* classifica e reclassifica os gostos e escolhas correspondentes em uma hierarquia, elencando alguns gostos como “distintos” e outros como “vulgares”.

Em Bourdieu (2011), o *habitus* é diferenciado pela vivência e pela posição de classe dos agentes permitindo que uma classe ou uma fração de classe possua um tipo de trajetória que se contrapõe às trajetórias de vida modais de outra classe. A interiorização do *habitus* pelos indivíduos estabelece uma conformidade entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade. O *habitus* internalizado em cada classe orienta as trajetórias de vida, os gostos e as práticas. (Bourdieu, 2011)

Segundo Bourdieu (2011), o *habitus* apreende as diferenças objetivas de condições de vida através das diferenças de trajetórias de vida, classificando-os. O autor explica, assim, a relação entre os *habitus* e as trajetórias de vida e a construção de preferências, de modo que as diferenças da ordem física se expressam na ordem simbólica através de preferências e dos estilos de vida. Bourdieu (2011) aponta que os gostos são as preferências manifestadas, os quais são antes de tudo caracterizados pela aversão a outros gostos.

Ademais, para Bourdieu (2011), os gostos e as práticas de consumo, por serem produtos do *habitus*, são naturalizados e objetivamente bem ajustados a ele, e por isso espelham as diferenças reais de classe social em diferenças simbólicas. As trajetórias de vida, produtos dos *habitus*, tornam-se sistemas de sinais socialmente qualificados, como “esteticamente admirável” ou “simbolicamente vulgar”. Através da formação e do acúmulo de capital simbólico é possível diferenciar-se das classes populares e aproximar-se das classes dominantes. Ou, ainda, distinguir-se relacionalmente da fração oposta em termos de estrutura de capitais. (Bourdieu, 2011)

Segundo Bourdieu (2011), o feixe das possíveis trajetórias de vida e as possíveis posições dos agentes no campo corresponde ao volume dos capitais, ou seja, às oportunidades e os caminhos possíveis de trajetória de vida dependem da sua classe social e do capital herdado ou adquirido. Evidente que existem desvios, porém em geral segue-se essa equivalência entre acúmulo de capital e o feixe de oportunidades possíveis. Também haveria

um ajuste das expectativas subjetivas às possibilidades objetivas mediado pelo *habitus*. (Bourdieu, 2011)

3.1.3 Bourdieu e o gênero

Os trabalhos de Bourdieu foram assimilados por autores(as) da teoria feminista com algumas ressalvas ou críticas. Em seu texto, “Context and Background: Pierre Bourdieu’s Analysis of Class, Gender and Sexuality”, Skeggs (2004) analisa os diálogos da teoria feminista com Bourdieu. A autora coloca que inicialmente Bourdieu caracteriza gênero, pela diferença sexual condicionada pela experiência corporal, pela divisão sexual do trabalho e pelo *habitus*. Para Skeggs (2004), o autor conceitualiza gênero principalmente com base em diferenças sexuais de modo que a identidade social é formada a partir da identidade sexual. Segundo Skeggs (2004), Bourdieu trabalha com o conceito de gênero como algo socialmente incorporado e hierarquizado, de modo que as diferenças de gênero são simbolizadas por oposições de sentidos binários, em que um é valorizado em detrimento do outro.

Diferente da perspectiva de Bourdieu, para Skeggs (2004), gênero e sexualidade não são reproduzidos pela assimilação da norma, mas por uma resistência a elas. As lutas feministas e o movimento queer, segundo essa interpretação, recusam-se a assimilar a visão dominante e o valor que é dado à dominação, fortalecendo-se por uma inversão das normas. (Skeggs, 2004)

Embora, haja uma contribuição dos trabalhos de Bourdieu a teoria feminista, Lovell (2000), citada no texto, critica a perscepção de Bourdieu sobre a mulher, colocada por ele como um catalisador de capital cultural para a família, sem possibilidade de acumulação de capital por si mesmas. Skeggs (2004), salienta que a teoria feminista contesta essa visão de Bourdieu e ve as mulheres como sujeitos com estratégias de acumulação de capital próprio. Segundo a autora, as teorias feministas entendem que a percepção de Bourdieu como limitada, pois desconsideraria aquilo que não se encaixa na estrutura, deixando de fora muitas práticas consideradas importantes.

Lovell (2004) em seu texto “Thinking Feminism with and against Bourdieu”, relacionando a teoria feminista e Bourdieu, cita Moi (1999) como uma das responsáveis por aderir os conceitos organizadores da sociologia reflexiva de Bourdieu a teoria feminista. Para Lovell (2004), Moi (1999) utiliza o conceito de capital incorporado para explicar o gênero, pois Moi considera que apesar das mulheres não poderem ser reduzidas a seus corpos, não

pode-se negar a pessoas que tenham um corpo feminino o título de mulher, considerando a diferença sexual biológica como incorporada. (Moi, 1999 apud Lovell, 2004)

Uma crítica feminista contundente a Bourdieu é que ainda que ele tenha desenvolvido uma obra para falar sobre a posição das mulheres na estrutura do campo social, ele atribui ao gênero um papel secundário, oculto. (Lovell, 2000).

Lovell (2004), aborda o debate entre padrões de compreensão da formação das identidade, de um lado a teoria das classes sociais e de outro a individualização. Lovell (2004), explica que a principal ressalva do uso da classe para formação de identidades é o apagamento do gênero, diferente do que acontece quando as identidades são analisadas pelas práticas de consumo individuais.

A autora evidencia que a preocupação das feministas é de que a categorização das coletividades possa desfavorecer o debate sobre a posição das mulheres nessas coletividades. Lovell (2004) relata que, em contraposição, os autores que defendem a divisão clássica por classes argumentam que as conquistas e os holofotes sobre os direitos das mulheres mascaram o aprofundamento de diferenças de classe, pois as mulheres beneficiadas por essa luta seriam mulheres da classe dominante. Lovell (2004) alega que o espaço social de Bourdieu, por integrar cultura e classe econômica, conseguiria relacionar a esfera individual e de classe.

Para Lovell (2004), Christine Delphy em seus inscritos considera que as mulheres da classe trabalhadora são exploradas pelo capitalismo no mercado de trabalho e pelos homens em casa, em uma dupla exploração.

Não obstante as críticas, em boa parte pertinentes e relevantes, a perspectiva bourdieusiana, de tomada reflexivamente, possibilita um ponto de partida para a busca da compreensão dos mecanismos pelos quais as frações de classe, através do habitus e da posição que ocupam no espaço social, condicionam as disposições à determinada via do parto, evidenciando as distinções sociais presentes nesse processo. Outrossim, a via de parto apresenta-se não apenas como uma prática internalizada, como uma escolha pessoal socialmente desenraizada, mas também como repleta de valor simbólico.

3.1.4 O corpo na sociologia

A complexa relação entre gênero e biologia foi abordada por Brandão (2022), que argumenta que as diferenças de gênero, não são resultado de características biológicas, mas são construídas historicamente e socialmente. A autora aponta que historicamente ser homem

ou ser mulher era marcado, principalmente, por uma concepção social, e que apenas passou a ser justificado biologicamente após a revolução francesa (Brandão, 2022). Brandão (2022) esclarece que durante a revolução francesa, com a ascensão da ideia de igualdade e o questionamento a privilégios natos, a posição de gênero na sociedade passou a ser justificada pelas diferenças sexuais.

Contribuindo para o posicionamento do parto, não apenas como um fenômeno puramente fisiológico, mas também como um fenômeno socialmente produzido. O estudo de Mauss (2003) “As técnicas do corpo”, desconstroi ações naturalizadas do corpo evidenciando também seu aspecto social, para ele as ações mesmo aparentemente apenas fisiológicas possuem maneiras específicas e culturalmente orientadas de fazer e refletem a interação entre a cultura e o corpo. Mauss (2003) caracterizou o parto como uma técnica corporal, pois a forma de parto não é apenas fisiológica, como também moldada socialmente, e por isso dependendo do contexto social e cultural.

Em um acréscimo para o posicionamento dos estudos de Bourdieu na saúde, Montagner (2008) investiga o uso dos conceitos de Bourdieu na sociologia da saúde e na sociologia da medicina. Montagner (2008) sinaliza que a maior contribuição de Bourdieu para sociologia da saúde foi reposicionar o corpo como um objeto de estudo da sociologia, através do conceito de capital incorporado. Essa redescoberta do corpo por Bourdieu, para Montagner (2008), pode analisar aspectos simbólicos, desnaturalizando a visão, dada na área da saúde, do corpo como uma máquina biológica reduzida a suas partes funcionais. Segundo Montagner (2008) na teoria de Bourdieu, ainda que seres fisiológicos somos profundamente marcados pelo social em nossos corpos, de forma que o nosso corpo é reflexo e vetor de reprodução e perpetuação da estrutura social.

3.1.5 Classe e a natureza das instituições

Um aspecto importante a ser entendido no referencial é a relação entre classe social e o uso de serviços públicos e privados de saúde. O trabalho de Salata (2015), investiga as identidades de classe brasileiras diferenciando a classe média da parcela de brasileiros que possuem uma renda média. Salata (2015) identificou que as práticas de consumo atribuídas a classe média era exercidas pela parcela mais abastada da população. Entre essas práticas de consumo analisadas, vale ressaltar que o uso do serviço saúde suplementar é atribuído a identidade de classe média e classe alta (Salata, 2015).

Além disso, é fundamental haver uma compreensão da diferença entre a natureza do setor público e do setor privado. Streeck (2013) delimitou a diferença da natureza entre os dois setores. Para ele o setor público, devido sua natureza burocrática e protocolar, motivado pelo princípio da isonomia, concentra-se em suprir as necessidades, ofertando um atendimento igualitário a todos e desconsiderando preferências individuais.

Ainda na perspectiva de Streeck (2013), o setor privado busca suprir e gerar desejos, estimula a individualização no consumo e transforma a preferência de consumo em uma forma de socialização pela distinção. De forma que a socialização pelas escolhas de consumo envolve escolher aquilo que você gosta ou prefere e que pode pagar.

Seguindo a linha de pensamento de Streeck (2013), visto que o setor privado busca corresponder a desejos de diferenciação, encontramos nas opções disponíveis no mercado diferenças perceptíveis entre estratos sociais diferentes e diferenças sutis entre indivíduos da mesma fração de classe. O setor público por oferecer um atendimento padronizado dificilmente é usado para diferenciação, a não ser relationalmente, como uma referência de classe à qual se contrapõe.

Estado da arte e o debate atual sobre o tema

A partir do levantamento sistemático da literatura sobre o assunto da pesquisa, chegou-se a um conjunto de dados e de temas centrais ao debate sobre ele, conforme apresentado a seguir.

3.2.1 O nascimento no Brasil em dados estatísticos

O Brasil é um dos países que têm as maiores taxas de cesariana no mundo, com 57,0% dos partos aconteceram por essa via, em 2021, ultrapassando a média mundial que em 2018, foi de 21,1% (BETRAN et al, 2021 apud AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Ficha Técnica IDSS 2024.)

A elevada taxa de cesárea no Brasil não é justificada por demandas médicas, visto que a OMS em 2015 recomendou que as taxas de cesariana para qualquer região ou país mantivesse entre 10% a 15% , e que acima dessa porcentagem não haveria efeito para diminuição da taxa de mortalidade materna e haveria riscos a vida da mãe e do bebê,

relacionando-se a complicações pós-parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Além disso, segundo o Ministério da Saúde, o parto cirúrgico, embora essencial quando indicado corretamente, quando aplicado sem justificativa clínica, agrupa riscos desnecessários sem benefícios claros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil, 2016)

Em 2021, 57,0% dos partos registrados no Brasil foram cesáreas, esse número se torna ainda maior quando são analisados apenas os hospitais particulares, nos quais a porcentagem é de 81,76% no mesmo período. (BRASIL - SINASC, 2023 apub AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Ficha Técnica IDSS 2024.) Quando se considera que o serviço privado é consumido majoritariamente por classes médias e altas (Streeck, 2013), essa notável diferença entre as taxas das vias de parto aplicadas no setor público e no setor privado, sugere que há uma diferença na forma como mulheres de estratos sociais distintos têm suas vias de parto determinadas.

3.2.2 Medicalização do parto

A partir de 1970, no Brasil, o parto que acontecia até então em sua maioria dentro de casa com o auxílio de parteiras, passou a acontecer massivamente em hospitais com o auxílio médico. (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018) Com “O nascimento da clínica” e a institucionalização da medicina, todas as formas de curas diferentes daquela que foi instituída pela clínica foram desconsideradas e colocadas como charlatanismo. (FOUCAULT, 2011; CARNEIRO, 2015) Dessa forma, as parteiras, que ocupavam um papel importante na orientação da gestante, durante a gravidez, o parto e o pós-parto, foram deslegitimadas.

O parto, segundo Muller, Rodrigues e Pimentel (2015), que era “protagonizado” pela gestante e auxiliado por outras mulheres, passou a ser “protagonizado” pelos médicos, em sua maioria homens, por haver uma inserção tardia das mulheres nas ciências. O processo de medicalização do parto afetou as parteiras em uma questão de gênero, raça e classe, segundo Tornquist (2002), houve um processo de retirada do papel, no parto, de mulheres negras com saberes populares, em benefício de homens brancos de uma elite escolarizada.

A medicalização, caracterizada por Foucault (2013) como o processo de transformar aspectos da vida que antes não eram considerados como questões médicas, e que por uma nova ótica passam a ser vistos como problemas médicos, que necessitam de intervenção. O parto é um aspecto da vida que foi medicalizado, visto que antes acontecia dentro das residências com auxílio de parteiras e foi deslocado para o domínio médico hospitalar.

A medicalização do parto aconteceu de forma gradativa, inicialmente os médicos apenas assistiam às gestantes em casa, e posteriormente, o parto foi deslocado para clínicas e hospitais. De acordo com Nakano, Bonan e Teixeira (2017), com investimento no desenvolvimento da técnica, a cesárea, que previamente era usada apenas em situações de risco à vida, desenvolveu melhorias diminuindo o risco do procedimento e ampliando o seu uso. Assim, segundo Tornquist (2002), sob a perspectiva do movimento de humanização do parto a assistência ao parto altamente tecnologizada transformou o parto em um procedimento necessariamente atrelado à medicina.

3.2.3 Tecnocratização do Parto

Com o parto em hospitais se tornando algo habitual, a atenção ao parto teria sido adaptada à lógica técnica, com um roteiro padronizado repleto de “intervenções”. Davis-Floyd (2001) desenvolveu um trabalho sobre os modelos de assistência obstétrica, caracterizando-os e separando-os em 3 modelos; o modelo tecnocrático, o modelo humanizado e o modelo holístico.

O modelo a ser abordado nesta parte do texto é o tecnocrático, que segundo a caracterização de Davis-Floyd (2001), enfatiza a separação mente-corpo, vê o corpo como uma máquina, a paciente como objeto de trabalho, aliena o(a) praticante em relação à paciente e supervaloriza a ciência e a tecnologia.

O modelo de atenção tecnocrático, descrito por Davis- Floyd (2001), tem como principais preceitos a separação corpo e mente e a percepção do homem como uma máquina biológica, podendo ser reduzido a suas partes funcionais. Dessa forma, o modelo de atenção separa aquilo que é tratado pela medicina daquilo que não é, ou seja, o que é psicológico e que envolve a mente.

Na assistência tecnocrática, segundo Davis-Floyd (2001), são usados métodos que tiram a subjetividade das pacientes condicionando a equipe médica a vê-las apenas como um objeto de trabalho, e não como sujeito, portanto sem autonomia sobre o próprio corpo. Isso é percebido, segundo Carneiro (2015), pela forma como as gestantes são referidas pela equipe médica durante a assistência ao trabalho de parto, por números ao invés de nomes. Davis-Floyd (2001) coloca que, na assistência tecnocrática, o médico é a autoridade, e por isso possui o poder de decisão sobre os procedimentos médicos no corpo da paciente e também a responsabilidade pelos resultados biomédicos de suas decisões,

Essa relação entre a autoridade médica e a posição coadjuvante da mulher sobre a escolha do próprio parto é apontada por Davis-Floyd (2001). Para a autora, o protagonismo da gestante foi abdicado em favor do protagonismo do médico obstetra no trabalho de parto, de forma que o médico recebeu o poder de todas as decisões relativas ao processo da parturição.

O parto que antes era inconstante e imprevisível, segundo Davis-Floyd (2001), é desmontado e reconstruído pela medicina para que seja possível controlar todos os processos envolvidos nele, dominando a natureza dentro do parto. Essa reconstrução do parto no âmbito médico gera a ilusão de segurança quando, na verdade, haveria o surgimento de novos problemas (Davis-Floyd, 2001).

3.2.4 Misoginia no parto

A percepção do corpo como máquina biológica, de acordo com Davis- Floyd (2001), é acompanhada pela projeção do corpo masculino como protótipo ideal. Dessa forma, para a autora, o corpo feminino, por não se encaixar no protótipo ideal, é entendido como inherentemente imperfeito ou defeituoso, e por isso necessário de reparos. Segundo Müller, Rodrigues e Pimentel (2015) por conta de uma concepção patológica do corpo feminino, as puérperas são sistematicamente submetidas à utilização de “tecnologias desnecessárias, ineficazes, invasivas, dolorosas durante o parto”.

Com o modelo de assistência obstétrica centrado na tecnologia, segundo Carneiro (2015), muitos procedimentos obstétricos têm se “ritualizado”, independentemente da ineficiência e dos riscos. Para Carneiro (2015), a assistência ao parto é permeada por símbolos de controle do poder médico sobre as pacientes, que reduzem a autonomia da gestante subjugando a figura feminina.

Ademais, Carneiro (2015) coloca que, diversos aspectos e práticas do sistema tecnocrático carregam símbolos violentos do controle e da opressão às mulheres. Como exemplo disso, práticas como a diluição da individualidade da mulher no atendimento ao parto transformando-a em um objeto de trabalho médico; intervenções violentas e sem eficácia comprovada, que podem gerar danos à saúde da gestante e do bebê, como a Manobra de Kristeller, Episiotomia e o “ponto do marido”; restrição da movimentação da mulher e “a posição litotômica durante o parto, seja por apelo verbal ou contenção mecânica”. Esses símbolos de controle são identificados também como “violências obstétricas” e amplamente divulgados. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021)

A diluição da individualidade é uma característica reconhecida por Davis- Floyd (2001), e citada anteriormente como relacionada à objetificação das pacientes e alienação da equipe médica.

Entre as intervenções sem eficácia comprovadas se destaca a episiotomia, mencionada por Tornquist (2002) e por Müller, Rodrigues e Pimentel (2015), mesmo que tenha sido constatada a ineficiência do procedimento desde 1980, pois, comparada à laceração natural, a episiotomia romperia mais tecidos e tornaria a gestante mais vulnerável a infecções. A permanência do uso dessa técnica é interpretada por Müller, Rodrigues e Pimentel(2015) como uma forma de afirmação do poder médico como protagonista na condução do parto, mesmo quando se trata de um parto vaginal.

Para Carneiro (2015), a assistência ao parto, trata o nascimento como um fenômeno patológico, e torna rotineira violentas intervenções sofridas no parto vaginal e transforma o parto em “uma experiência de impotência, alienação e dor”. Por esse motivo, de acordo com Carneiro(2015), as mulheres projetariam no parto cirúrgico uma alternativa segura e indolor.

3.2.5 Parto como uma atividade mercantil

Para Davis- Floyd (2001) o sistema tecnocrático se desenvolveu baseado na ciência, porém incorporando preconceitos, valores e crenças da sociedade. Valores como misoginia, lucro e sucesso foram incorporados a essa forma de assistência e é aparente em algumas práticas obstétricas.

Parte da bibliografia identifica a transformação da saúde em uma atividade mercantil, direcionada à lucratividade, e como essa transformação fez do parto algo passível de venda, e do parto cirúrgico uma opção mais atraente por ser planejável, rápido e prático, se adaptando melhor a lógica do mercado (Rodrigues,Teixeira; Bonan, 2017)(Nakano; Bonan; Teixeira, 2015).

3.2.6 Humanização do Parto

Outro modelo de atenção obstétrica abordado por Davis-Floyd (2001) é o modelo humanizado, que se caracteriza pela ênfase na conexão mente-corpo, define o corpo como um “organismo” e a paciente como “sujeito”, busca conexão e cuidado entre praticante e paciente, e a tomada de decisão e a responsabilidade são compartilhadas entre a paciente e o(a) médico(a). Em contraposição ao modelo de atenção tecnocrático, segundo Davis-Floyd

(2001), o modelo humanizado entende a mente e o corpo como um, dessa forma, não é possível haver uma separação e por isso é necessário que o atendimento obstétrico abranja os dois.

Além disso, o modelo de atenção humanizado, de acordo com Davis-Floyd (2001) define o corpo como um “organismo”, essa definição gera repercussões na forma como o corpo é tratado e entendido no sistema de saúde. O corpo definido como organismo exige tratamentos e formas de atenção, que seriam irrelevantes para uma máquina, mas que, porém, afetam profundamente a forma como o organismo reagirá. (Davis-Floyd, 2001)

Conforme Davis-Floyd (2001), o modelo humanizado percebe a paciente como sujeito e por isso as decisões acerca da saúde e do corpo das pacientes devem ser tomadas em acordo, de forma a fomentar “autonomia” nas gestantes acerca do próprio parto e do próprio corpo. Ademais, para Davis-Floyd (2001), encarar a paciente como sujeito permite uma conexão e cuidado entre a paciente e o(a) praticante, tornando a atenção ao parto respeitosa.

Outrossim, o modelo de atenção humanizado, segundo Davis-Floyd (2001), surgiu devido ao excesso do uso da tecnologia no atendimento médico, e pode ser vista como uma alternativa ao sistema de atenção tecnocrático, por surgir em contraposição a características importantes desse modelo de atenção.

O atendimento ao parto humanizado, caracterizado por Davis-Floyd (2001), pode ser definido como aquele que respeita os anseios das mulheres, dessa forma, o parto humanizado não se limita a um parto vaginal sem intervenções, podendo o parto cirúrgico ser considerado humanizado desde que a parturiente esteja consciente dos riscos e benefícios e tenha suas decisões respeitadas.

3.2.7 Parto e marcadores sociais

A determinação do tipo de parto, como já descrito, é baseada fundamentalmente em aspectos sociais. Além de perpassar pelo recorte de gênero; questões raciais e de frações de classe social demonstram ter um papel determinante na forma como acontece a assistência obstétrica e o processo de definição da via de parto, que não é um processo homogêneo, atingindo as mulheres de diferentes formas dependendo de seus marcadores sociais.

Leal et al (2017), no artigo “A dor da cor”, utilizaram a base de dados da pesquisa “Nascer no brasil”(Fiocruz, 2012) para analisar a forma como as mulheres negras dão à luz. A autora apontou que as mulheres negras e pardas, em comparação a parturientes brancas, possuem um pré-natal mais tardio, passam por mais partos vaginais sem intervenções, porém quando há intervenções, acontecem majoritariamente sem anestesia.

Segundo Leal et al (2017), há um menor número de partos cesáreos ou de intervenções nos partos de mulheres negras e pardas, porém isso não ocorre por conta de uma maior adesão às recomendações da OMS, mas por um descaso, visto que o modelo de assistência obstétrica no Brasil é altamente intervencionista. Assim, a questão racial influencia diretamente na forma como o atendimento obstétrico é oferecido às mulheres não-brancas, de acordo com Leal et al (2017) essas mulheres possuem uma experiência de parto permeada por descaso e por intervenções sem anestesia.

Para Müller, Rodrigues e Pimentel (2015), no Brasil há, majoritariamente, duas formas de nascer bem distintas: de um lado as gestantes atendidas pelo SUS com as experiências de um parto normal repleto de intervenções e quase sempre desnecessárias e violentas, e de outro lado as gestantes atendidas pela rede privada com cesarianas agendadas, em sua maioria desnecessárias.

Portanto, é possível perceber que longe de ser apenas clinicamente determinado, a definição da via de parto é um fenômeno que perpassa uma relação de poder entre médico e paciente e que acontece se diferencialmente a depender dos marcadores sociais.

Capítulo 4: Análise do material e resultados da pesquisa

4.1 Apresentação do corpus da pesquisa

As 18 mulheres entrevistadas tiveram filhos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2025. A divulgação da pesquisa aconteceu através de grupos de mães, da plataforma Babycenter e do compartilhamento das próprias entrevistadas com outras mulheres que se encaixassem no perfil.

Os partos das 18 entrevistadas aconteceram quando elas tinham entre 20 e 40 anos, apenas uma das entrevistadas tinha 20 anos, 6 delas tinham entre 27 e 30 anos, 6 delas tinham entre 31 e 35 anos e 5 delas tinham entre 36 e 40 anos no momento do parto. Das entrevistadas que tiveram mais de uma gestação foi considerada a idade que a entrevistada tinha na primeira gestação. Racialmente, entre as entrevistadas, 10 se autodeclararam brancas, 7 se autodeclararam pardas e 1 se autodeclarou negra.

Sobre o nível de escolarização 12 são pós-graduadas, 2 são graduadas, 2 tem o ensino superior incompleto, 1 tem o ensino médio completo e 1 tem o ensino fundamental incompleto, portanto é um grupo altamente escolarizado comparado à média nacional na qual apenas 18,4% da população tem ensino superior completo (IBGE, 2025). Sobre as instituições de ensino, entre aquelas que frequentaram o ensino superior, seja pós-graduada, graduada e com ensino superior incompleto, 6 frequentaram universidades ou faculdades particulares, 9 frequentaram universidades públicas e 1 não respondeu.

Acerca da renda familiar, uma afirmou que a renda familiar correspondia a até 1 salário mínimo, 5 que a renda familiar correspondia a um valor entre 1 e 3 salários mínimos, 7 das entrevistadas afirmaram que a renda familiar correspondia a um valor entre 3 e 6 salários mínimos, 3 declararam que a renda familiar correspondia a um valor entre 6 e 10 salários mínimos e duas que a renda familiar correspondia a um valor acima de 10 salários mínimos.

No que se refere ao acesso à saúde, foi trabalhado qual serviço de saúde é normalmente usado, quais serviços de saúde foram usados no parto e no pré-natal, e em que local foi feito o parto. Entre as entrevistadas, 7 normalmente faziam uso apenas do plano de saúde, 6 normalmente faziam uso apenas do SUS, 1 normalmente fazia uso do SUS e do

plano de saúde, 4 normalmente faziam uso do SUS e do serviço particular. Durante o pré-natal e o parto da gestação investigada, 6 fizeram uso exclusivamente do SUS, 4 fizeram uso exclusivamente do serviço particular, 2 fizeram uso exclusivamente do plano de saúde, 2 fizeram uso do SUS e do serviço particular, 1 fez uso do do plano de saúde e do serviço particular e 3 fizeram uso do SUS, do plano de saúde e do serviço particular. Entre as entrevistadas, 4 das entrevistadas tiveram parto em casa, uma teve em casa de parto, 6 tiveram em hospitais públicos e 7 em hospitais privados.

No que diz respeito especificamente ao tema do parto, no grupo de mulheres que foram entrevistadas apenas uma desejava ter um parto cirúrgico, 7 desejavam o parto domiciliar e 10 desejavam o parto vaginal em hospital. Duas das entrevistadas tiveram dois partos no período analisado por essa pesquisa, por isso o total de partos analisados foi 20, entre eles 5 foram partos cirúrgicos, 10 partos vaginais em hospital e 5 partos domiciliares. Todas as informações acima estão distribuídas em três quadros presentes no anexo, discriminado cada entrevistada e suas propriedades sociais.

4.2 A percepção da decisão sobre a via de parto

A determinação da via de parto acontece diferentemente na esfera pública e privada, devido à diferença de natureza dos dois setores. De modo que no setor privado a saúde é vista como um serviço a ser consumido, logo a determinação da via de parto se torna subjetiva, podendo ser maleável pelas particularidades e preferências individuais (Streeck, 2013). Ao passo que no setor público, a determinação da via de parto seria motivada pela necessidade organizada em protocolos, impessoal e burocrática (WEBER, 2004) (Streeck, 2013).

Importante ressaltar que, no Brasil, a percepção comum é de que os serviços públicos de educação e saúde são majoritariamente utilizados pelas classes populares, enquanto as classes médias e altas recorrem aos serviços privados. (Salata, A. R.. 2015)

As entrevistadas cujos partos se deram no setor privado se sentiam embutidas da percepção de *decisão*, para elas os desejos delas eram levados em conta e elas tinham o poder de opinar e/ou decidir sobre a via de parto, conforme se nota nos trechos abaixo:

“ Então, assim, todos foram muito gentis, muito cuidadosos. E, assim, me explicaram tudo. Eu não fiquei... eu tive luz sobre tudo. Então, a decisão foi em conjunto, né? **A decisão não foi com a minha, não foi a dela. A decisão foi em conjunto.**” (Entrevistada 13).

“Entrevistadora: Você se sentia confortável para tirar essas dúvidas?

Entrevistada 1: Sim, sim, ele era bem aberto. Porque o **que eu queria fazer**, ele dizia, “ se você quiser fazer, é assim, assim,” ele me explicava o que eu queria fazer." (Entrevistada 1)

“Ela me apoiou, assim, **na minha decisão** e passou orientações pertinentes para aquilo que eu estava, é, pretendendo fazer. Isso foi muito bom da parte dela. ” (Entrevistada 11)

“Eu atendi sempre no SUS, em hospital público, e assim, eu sei que é tudo muito diferente, **me considero uma paciente privilegiada, sem dúvida, poder escolher** e eu sei que na prática não é tudo assim.”(Entrevistada 17)

Era o segundo dia de indução, aí o meu marido foi conversar com a equipe para ver se qual seria o próximo passo. Que seria: fazer a ruptura da bolsa, só que isso, assim, já é uma coisa que..., uma indicação mais com controvérsias, porque oferece alguns riscos para o bebê de infecção. Enfim, mas aí **eu discuti os riscos**, o que seria pior fazer um procedimento, que tivesse esse risco, ou ir direto para a cesárea, que tem outros riscos. (Entrevistada 15)

É possível perceber nos termos utilizados para falar sobre o momento ou processo de determinação da via de parto a percepção de ter sido uma decisão. Essa percepção de *decisão* e de *participação* esteve presente ainda que a via de parto efetuada, não fosse a mesma que a desejada pela entrevistada, como é o caso da entrevistada 13, que deseja o parto vaginal e teve um parto cirúrgico.

Essa percepção de *escolha* no setor privado se intensifica quando são analisados os casos de entrevistadas que contrataram, de forma particular, obstetras reconhecidos por vias de partos específicas.

Enfim, acho que **você ter uma equipe que você confia, né, na linha do que você realmente pensa**, isso é fundamental. Porque aí a decisão tomada vai ser baseada realmente, né, cientificamente, mas **alinhado com o que você deseja**. Se você tiver que ir pra outra via de parto, que seja com segurança, né, e que seja realmente necessário. (Entrevistada 3)

Eu escolhi uma médica que eu sabia que ela era a favor do parto humanizado. Porque assim que eu descobri que eu estava grávida na pandemia, eu já fiquei logo desesperada. Porque eu ia ter que ir pra um hospital, parir e eu pensei, nossa, não quero. E aí, **procurei uma médica que, sei lá, me fortalecesse nessa ideia** de, de repente, ter um parto em casa. Né? (Entrevistada 11)

Eu, meio que, procurei um profissional que eu me identificasse, com estilo, né? É. E aí, eu já queria o parto normal, o parto natural, desde, desde antes de engravidar. Já era uma vontade minha (Entrevistada 17).

Dois casos em especial ilustram bem a questão da “escolha” vivida entre as entrevistadas com partos pelo setor privado. As entrevistadas 15 e 18 desejavam ter um parto domiciliar, mas devido a condições médicas adversas, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, mudaram a via de parto para um parto vaginal induzido, ambas relataram que era uma escolha própria, pois, visto que não seria seguro um parto domiciliar e não queriam uma cesárea. Ambas foram acompanhadas por uma equipe particular, escolhidas pela adesão ao parto domiciliar.

‘Ah ela tem uma gravidez de risco, é melhor fazer cesárea’. Só que não era, porque você faz a cesárea é uma cirurgia que tem maior risco de hemorragia ou sangramento. Então, até para uma gestante de risco, o parto normal induzido e acompanhado pela equipe, com experiência também é a melhor forma para evitar quadros de hemorragia e várias outras questões. (Entrevistada 15)

A entrevistada 15 teve pré-eclâmpsia nas duas gestações analisadas, e mesmo tendo gestações de risco, em nenhum momento relatou ter uma indicação de cesárea pela obstetra que a acompanhava. Induzido o parto, a entrevistada 15 conseguiu ter os dois bebês pela via vaginal, a de sua preferência. Vale ressaltar que ela contratou uma obstetra particular reconhecida por apoiar partos domiciliares.

A minha obstetra achava que eu estava arriscando muito, fazendo um processo de indução mais natural, com óleos, com acupuntura, né. Ela achava que com 38 semanas o bebê já tinha que nascer, já tinha que fazer uma cesaria. E aí eu falei, não, cesária eu não vou fazer não. (Entrevistada 18).

A entrevistada 18, contratou uma equipe de enfermeiras que fazem partos em casa de parto e utilizou o plano de saúde para fazer o acompanhamento com a obstetra e para internação no hospital. A entrevistada 18 relatou que sua obstetra desde a primeira consulta afirmou que só fazia cesárea e que depois do diagnóstico de diabetes gestacional considerava que estava “arriscando muito” por fazer o processo de indução ao invés de uma cirurgia. A entrevistada 18 progrediu com a ideia de um parto induzido e durante o parto foi acompanhada pela equipe de enfermeiras e pela doula em um hospital do convênio.

Por outro lado, no setor público as gestantes são vistas não como consumidoras, mas como cidadãs com direitos iguais e diante de recursos limitados (Streeck, 2013). Por esse motivo, as entrevistadas que tiveram parto em hospital público, apesar de possuírem preferências, atribuem a decisão a questões fisiológicas ou a explicações dos médicos, não havendo percepção de *escolha* entre as entrevistadas sobre a via de parto.

Entrevistadora: Em que momento foi decidido a via de parto ?

Entrevistada 10: Foi assim, é, nas minhas ultrassons, na morfológica. Foi logo na última que eu fiz, que foi a morfológica. **Aí ela disse ‘Mãe, o bebê tá numa posição já para ser um parto normal, ele tá todo encaixadinho, todo perfeito, já para ser um parto normal.’** Porque se fosse cesárea ele estaria ao contrário. (Entrevistada 10)

Ela perguntou o que eu pretendia, eu disse que queria normal. Só que eu cheguei há 41 semanas e eu não tive nenhuma contratação, nem dilatação. E ela perguntou se eu queria induzir o parto. Aí eu não quis, já que não veio natural, eu não quis induzir. Então, ela disse que ia marcar cesárea. (Entrevistada 14).

Entrevistadora: Em que momento foi determinada a escolha da via de parto? Entrevistada 4: Como o **meu primeiro bebê foi normal**, o segundo geralmente poderia ser normal também, né? **Durante as ultrassons que eu fiz, né, durante a gravidez, ele sempre estava na posição fetal, né?** Na posição de nascer normal. Eu sempre, a gente teve a certeza que seria normal. Como de justo, né? Foi normal, sim. (Entrevistada 4).

Entrevistadora: Em que momento foi determinado qual seria a via de parto?

Entrevistada 5: Nenhum momento. **Desde que eu engravidiei que eu sabia que ia ser normal, a não ser que eu tivesse algum problema**, que na hora não pudesse de jeito nenhum. (Entrevistada 5).

Quando eu cheguei lá, fui atendida rapidamente, porque a minha bolsa tinha estourado e estava descendo bastante aquele líquido, né? E, aí, eu fui pra sala de pré-parto, né? Para fazer o exame de toque. E, assim, uma das coisas que eu me lembro, que foi bem complicado, foi que a médica que fez o toque, ela disse, ‘**Nossa, a cabeça do bebê já está coroando. Já está aqui, né?**’ E, aí, eu **não sei que cargas d’água aconteceu, que a médica disse, ‘não, mas ela já tem quase 40 anos e já teve duas cesáreas. A gente vai fazer cesárea.**’ ‘Mas, já faz mais de 10 anos, 10 anos que eu fiz a cesárea, né? Então, assim, o meu corpo, ele já se recuperou e eu gostaria de tentar, já que está coroando, já que eu não estou sentindo nada.’ Estava tudo bem. Estava sentindo as contrações, mas ainda estava em larga escala, né? Não estava frequente. O bebê já estava, assim, a mulher disse, ‘eu já estou sentindo a cabeça’, né? E, aí, elas disseram, ‘Não, não, você vai pra sala de cirurgia agora’. (Entrevistada 6)

Além disso, nos trechos das entrevistas percebe-se um distanciamento das entrevistadas quanto à determinação da via de parto, pela forma com que elas narram o momento da determinação, sempre atribuindo essa determinação a fatores externos ou a equipe médica mesmo quando era a via de parto desejada, sem percepção de ter sido uma escolha.

Embora haja a percepção de decisão entre as entrevistadas que fizeram uso do setor privado e a ausência da percepção de decisão entre as entrevistadas que fizeram uso do setor

público, quando analisadas as vias de parto desejadas e as vias de parto utilizadas, percebe-se pouca variação entre os dois setores. Entre as entrevistadas que fizeram uso do serviço privado durante o parto, incluindo hospitais privados, equipes para parto em casa e casas de parto, 9 das 12 entrevistadas tiveram a via de parto desejada. Quando analisados os casos que tiveram parto em hospitais públicos, 4 das 6 entrevistadas tiveram a via de parto desejada. Dentro do corpus desta pesquisa houve pouca variação na proporção de realização da via de parto desejada entre os serviços públicos e privados.

4.3 Assimetria no discurso sobre parto

As práticas médicas são perpassadas por relações de poder, havendo uma assimetria entre paciente e médico, em que o segundo é colocado como detentor do conhecimento e do controle sobre os corpos dos pacientes. (Foucault, 2011) O posicionamento do(a) médico(a), devido a essa assimetria, tem implicações na determinação da via de parto, intensificadas por particularidades das frações de classe.

Nas entrevistas foram frequentes os relatos de que o discurso médico na saúde privada coloca o parto vaginal como um parto arriscado, inseguro e a cesárea como um parto mais seguro, garantido.

Aí ela disse ‘é já tem uma semana que você vem se preocupando muito’, aí ela disse ‘Assim, eu acho que é melhor a gente não arriscar o parto normal, isso não tá normal, então acho que é melhor a gente não esperar dia seis, eu vou fazer seu parto amanhã’. (Entrevistada 13, em entrevista narra conversa com a médica obstetra)

A única coisa engraçada foi, posso dizer, na terceira ou na quarta consulta, eu não sei o que foi que a gente conversou lá, eu disse ‘Tia, eu acho que eu queria ter normal’, ela disse, ‘de jeito nenhum, hoje em dia não existe mais’. (Entrevistada 16, em entrevista, nara consulta pré natal com a tia e obstetra)

Ele, apesar de ser da área, não tinha tanta vivência na obstetrícia . Aí ele ‘ tem certeza?’, ele não foi.. ele fez ‘Ah, eu tô com você, mas tem certeza? Não seria muito mais fácil, mais prático, mais seguro a cesariana, não? vai passar por todo o processo.’ (Entrevistada 17, que é médica obstetra, em entrevista, narrou conversa com o marido, que também é médico, acerca do parto vaginal)

Entre as entrevistadas que tinham familiares na área da saúde, ou eram da área da saúde, a pressão para que fosse um parto hospitalar e/ou um parto cirúrgico apareceu de forma mais intensa, com o discurso em favor da cesariana vindo de familiares, amigos e colegas de

trabalho, de forma que preceitos e significados daquela via de parto como algo positivo eram trabalhados em momentos além do pré natal.

Eu tenho uma tia médica que estava andando com um jaleco na bolsa, para o dia que eu dissesse que ia parir, ela ir para o hospital. Ela já entrou em contato com todos os hospitais da cidade. Foi um rebuliço, porque eu não falei pra ninguém, e eu fui contar no outro dia que o menino já estava nos meus braços. Aí todo mundo ficou com raiva de mim, me rechaçando, porque eu neguei esse ditado, que estava posto, que eu ia ter e eles queriam desde sempre que eu fizesse cesárea. Porque eu sou fraca, porque eu não ia aguentar, aquela coisa toda. (Entrevistada 8)

O meu círculo próximo de amigos e amigos de fora da área todo mundo ficou ‘tem certeza que tu vai esperar?’ Gerou um como se dissesse ‘Ai que coragem, tem certeza ?’. E aí, a questão de estar com 40 semanas, esperar o trabalho de parto, a fase final da gestação, 38, 39, ainda nada, com o barrigão. Aquele questionamento de todo mundo perguntando, todo mundo dizendo ‘ nada, e aí? E aí?’. Gerou uma tensão. (Entrevistada 17)

Todo mundo da família teve preconceito. Eu falei para minha mãe, e ela ‘Você é louca?’ Não sei o que mais... Amigos que a gente perguntava, tinham vários amigos, principalmente da área (da saúde) que falavam ‘Isso é uma loucura, isso não existe’. E tem amigos também que tinham passado pela experiência e que apoiaram.(Entrevistada 15, que é da área da saúde, em entrevista, narrou a reação da família quanto ao parto domiciliar, em especial da dela mãe que é enfermeira).

Apesar da percepção de decisão se fazer fortemente presente no setor privado, ela é vivida de forma diferente pelas entrevistadas que utilizaram o plano de saúde e o serviço particular durante o pré natal. É possível perceber uma clara inclinação dos médicos que atendem por convênio a indicar o parto cirúrgico. Entre as 5 entrevistadas que fizeram o pré-natal por convênio, apenas a entrevistada 1, aquela que desejava uma cesárea, não recebeu uma indicação para um parto cirúrgico. No entanto, mesmo sem indicação médica a entrevistada 1 teve o parto cirúrgico, uma cesárea eletiva a pedido. Todas as outras 4 entrevistadas receberam indicações de cesáreas eletivas pelos obstetras que as acompanhavam, ainda que nenhuma das justificativas médicas para tal indicação relatadas pelas entrevistadas sejam colocadas pela “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” como uma indicação clínica absoluta para uma cesárea prévia (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil, 2016).

Olha, mas o seu filho é muito pequeno. Se você não entrar em trabalho de parto daqui pra domingo, você vem na segunda de manhã, que eu vou te examinar. E na segunda, final de tarde, a gente faz a cesárea (Entrevistada 2).

Aí ela disse ‘é já tem uma semana que você vem se preocupando muito’, aí ela disse ‘Assim, eu acho que é melhor a gente não arriscar o parto normal, isso não tá normal, então acho que é melhor a gente não esperar dia seis, eu vou fazer seu parto amanhã’(Entrevistada 13).

Entrevistadora : Sobre a médica que te acompanhou durante o pré-natal, você se sentiu confortável de falar sobre as coisas que você estava sentindo com ela? De perguntar coisas, por exemplo, sobre o parto em casa, de tirar dúvidas sobre a gravidez, mesmo?

Entrevistada 18: Sim, mas eu sabia que ela já tinha uma perspectiva bem colocada, principalmente, depois do diagnóstico de diabetes gestacional, que a minha filha deveria, na verdade, nascer por cesárea.... Ela falou desde a nossa primeira consulta. A gente conversou, e eu falei o meu desejo de ter um parto natural, e ela falou que ela só fazia cesárea, mas que eu poderia ter, com um plantonista.(Entrevistada 18)

A única coisa engraçada foi, posso dizer, na terceira ou na quarta consulta, eu não sei o que foi que a gente conversou lá, eu disse ‘Tia, eu acho que eu queria ter normal’, ela disse, ‘de jeito nenhum, hoje em dia não existe mais’. Só que eu já vinha procurando, pesquisando, algumas coisas, né? E, mas assim, ela já, de cara, disse que “não”, e depois ela se tocou do que tinha falado, e disse assim ‘porque devido a toda sua história, né, essa dificuldade de engravidar’. Enfim, eu aceitei, eu queria ter normal, achei interessante, mas depois de tudo que a gente passou se ele vier saudável é uma vitória....(entrevistada 16)

Destas, duas seguiram a indicação dada pelo obstetra de ter um parto cirúrgico e atribuíram grande peso para a determinação por essa via de parto à indicação do obstetra. As outras duas não seguiram a indicação do obstetra, a entrevistada 18 teve um parto vaginal induzido e a entrevistada 2 teve um parto domiciliar, ambas foram acompanhadas por equipes particulares.

Entre as entrevistadas, havia 7 que tiveram parto em hospital privado, 3 delas tiveram cesáreas, todas acompanhadas por médicos pelo convênio. Todas as 4 entrevistadas que tiveram partos vaginais em hospital privado, contrataram uma obstetra e/ou uma equipe particular para o acompanhamento do parto, ainda que todas tivessem acesso ao obstetra pelo plano de saúde.

Aí eu já fui pra essa doutora sabendo que ela realizava o parto normal. Pra não cair numa cilada, né? Porque tem médicos que, eu já vi vários casos, várias amigas me falaram, que queria ter normal, mas quando chegou na hora, disseram que alguma coisa, tal, tal, tal, aconteceu, e que isso, mesmo não sendo pré-requisito pra não ser natural terminou indo pra uma cesárea, assim, de repente, né? (Entrevistada 3).

Ou seja, devido à presente hegemonia das cesáreas em hospitais particulares, apenas aquelas entrevistadas que contrataram uma equipe particular e/ou uma obstetra particular reconhecidos por sua adesão a um parto vaginal tiveram sua preferência ao parto vaginal

respeitada. Ao passo que aquelas que tiveram o pré-natal e o parto em hospital do convênio sem a contratação de uma equipe particular para apoio no parto, tiveram cesáreas eletivas mesmo sem indicações clínicas absolutas para tal.

Tanto o discurso em favor da cesariana entre os profissionais de saúde como a perceptível inclinação a indicar cesarianas eletivas dos médicos obstetras que atendem pelo convênio podem ser interpretados como uma forma de manutenção do poder médico. No parto vaginal a mulher teria mais autonomia, além da presença ativa de profissionais como enfermeiras e doula, de modo que no parto vaginal o médico divide a participação com outros profissionais não-médicos.

Além disso, cabe ressaltar que as indicações de cesáreas no serviço privado também podem ser motivadas por uma maior adaptabilidade do parto cirúrgico à lógica de mercado, sendo programável e rápido.

4.4 O conhecimento sobre as vias de parto

Durante as entrevistas, havia perguntas sobre as informações recebidas durante a gestação sobre as vias de parto. Das 18 entrevistadas, 14 afirmaram não receber informações sobre as vias de parto e os riscos de cada via durante o pré-natal com o(a) obstetra. Ainda que, parte das entrevistadas tenham acessado essas informações por outros meios, em alguns casos não houve acesso.

Entrevistadora: Quais foram as informações que foram dadas durante o Pré-natal sobre o parto e as vias de parto? Entrevistada 5: Rapaz, nenhuma, visse. No início da primeira gravidez, ela me perguntou, né, se eu já tinha filhos... só que no dele, perguntaram se a primeira gravidez foi cesárea ou natural, aí eu disse que tinha sido parto natural. Só isso. Não disse como seria o parto. Eu só sabia o que, tipo, eu vi na escola, né.(Entrevistada 5, fez uso do sus e tinha ensino superior incompleto)

Entrevistadora: Teve algum diálogo para dispôr quais são os benefícios e os malefícios das formas de parto? Entrevistada 4: Não, não foi exposto não, mas como eu já tinha um filho, né, já sabia.(Entrevistada 4, fez uso do sus e era pós-graduada)

Entrevistadora: Durante o pré-natal foi oferecido algum tipo de informação sobre as formas de parto? Entrevistada 7: Não. Em nenhum dos três... eu não tive informação. Assim, ninguém me falou. Me perguntaram o que que eu penso, 'Você pensa em ter parto normal ou cesárea?' (Entrevistada 7, fez uso do sus e era pós-graduada)

Entrevistadora: Durante o pré-natal foi falado alguma coisa sobre as vias de parto?
 Entrevistada 9 : Não. Não falaram... e eu não lembro de ter tido nenhuma orientação em relação ao parto. Apesar de que, eu não sei se eles deixam falar isso mais no final... Então, talvez, não é que eles não me falaram, porque não iam falar, mas, talvez, o momento de falar sobre o parto seria mais no final, não sei. Mas, o fato é que eu não tive conversa sobre isso na UBS(Unidade Básica de Saúde) . (Entrevistada 9, fez uso do sus e era pós-graduada)

Entrevistadora: Você recebeu alguma informação como seria cada via de parto?
 Entrevistada 10: Disse, disse que o cesáreo, eles iam aplicar uma medicação em mim, um soro, e depois de dar anestesia ia ser um parto, ia cortar. Explicou. Agora o normal não. Não falou nada.(Entrevistada 10, fez uso do sus e tinha o ensino médio completo)

Entrevistadora: Durante as consultas pré-natais foi falado sobre as duas vias de parto? Entrevistada 16: Minha tia cortou totalmente a história, né disse que não existe mais, era arcaico, enfim. (entrevistada 16, fez uso do plano de saúde e era graduada)

Como visto, foram poucas entrevistadas que tiveram um momento informativo durante o pré natal. Essa ausência de orientação sobre os riscos das vias de parto deixa as gestantes vulneráveis, caso não tenham outras fontes de informação sobre o assunto, e alienadas sobre o próprio parto.

Vale ressaltar que todas as entrevistadas que contrataram uma equipe para parto humanizado ou uma doula relataram o momento educativo sobre a gestação, o parto e sobre “violência obstétrica¹” durante os encontros com a equipe ou com a doula.

O atendimento dela é individual, e também ela faz grupos de famílias que estão grávidos. Aí todo grupo é quinzenal, você vai, participa, conversa, tira suas dúvidas, seus medos, e eu acho que uma vez por mês convida um casal que fez o parto com ela pra compartilhar a experiência. Você vai conhecendo casos de partos domiciliares, pra você entender como funciona a dinâmica e tirar as dúvidas também. Então foi um ambiente bem acolhedor e bem sem mistério.... Porque o parto faz muitos mistérios, né? E foi o contrário, assim, ela colocou na roda, literalmente, ali tudo o que acontecia, todas as dificuldades. Mas a gente tá bem ciente do que acontece num parto e num parto domiciliar. Então acho que foi bem bacana por conta disso. (Entrevistada 9)

Elas meio que me tranquilizaram nesse sentido de fazer todo o percurso, falaram que eu fizesse um plano de parto², que no SUS não foi recomendado. E aí nesse plano de

¹ A violência obstétrica é definida toda violência física, verbal, psicológica ou sexual sofrida pelas mulheres durante o atendimento pré natal, parto, pós parto ou o aborto, praticada pelos profissionais de saúde ou instituição(Ministério Público do Estado do Pará, 2024).

² O plano de parto, referido por mais de uma entrevistada, é um documento que declara o atendimento e as práticas médicas que a gestante espera para si e para o seu bebê durante o parto, e é apresentado aos profissionais que farão a assistência durante o parto.

parto, eu fui me tranquilizando também, porque eu consegui pesquisar e colocar as coisas que eu achava importantes. (Entrevistada 8)

Inclusive fazendo um plano de parto muito bom. E no plano de parto, tanto eu como meu marido, assim, nós acabamos estudando muito o que é que a gente queria e não queria. O que era importante pra gente nesse nascimento, o que já entraria em violência obstétrica e o que não. Então, assim, eu sabia muito bem o que eu queria que fosse respeitado. (Entrevistada 18)

As entrevistadas que, além do pré-natal, buscaram em outra fonte informação sobre as vias de parto citaram rodas de gestantes, artigos e muito frequentemente as redes sociais .

E eu pesquisei muito sobre vias de parto, sobre violência obstétrica, sobre as coisas que eu não queria passar durante o meu parto. Coisas que eu falava, ‘velho, isso aqui eu não quero de jeito nenhum.’ E aí, acho que isso ajudou muito. Ter um pouquinho, assim, de informação para ter um pouco de consciência também sobre o que eu queria, sobre o que eu não queria, sobre o que era meu direito, sobre o que, né?” (Entrevistada 11)

Nossa, eu lia muito. Eu assisti muitos vídeos no YouTube. Na época, o Instagram não estava tão bombado, como era na pandemia. Porque, na pandemia, todo mundo fazia lives, né? Mas, era basicamente, o YouTube e o Google, né? Eu lia mais artigos. E aí, no YouTube, tinha vários canais que falavam sobre isso. Falavam do parto normal. E aí, falavam da posição do bebê. E aí, falavam, inclusive, meu bebê estava virado. Eu vi o vídeo, como desvirar ele. Botar ele, botar o peito para baixo. E aí, eu fiz, ah, eu já fiz. E aí, ficou na posição. (Entrevistada 13)

Eu pesquisava muito na internet via vídeos, né? De partos, e eu pretendia muito ter o parto natural até por conta da recuperação. (Entrevistada 14)

Eu pesquisei muito. Então, eu olhava mais o scielo, e foi também, eu gostava de ler, mas conversava muito com muitos que já tiveram, né. Eu também, é, conversar muito com, com mulheres novas. Eu participei de rodas de gestantes do plano de saúde de doulas. (Entrevistada 18)

Ainda que a inefetividade do uso excessivo de intervenções nos partos vaginais e o discurso da cesariana como a via mais segura sejam questionados por estudos acadêmicos, inclusive amplamente propagados na internet, a oposição a esse discurso e a reivindicação de autonomia pelas gestantes não é simples. Isso se intensifica quando há um menor nível de escolarização, sendo necessárias muita pesquisa e segurança para que uma gestante, que não é da área da saúde, reconheça e exija o que seria um direito seu.

Entrevistadora: E das informações assim, na internet que você pesquisou teve alguma coisa que fosse relevante para você?

Entrevistada 10: Teve umas coisas assim que eu achei, que falava ali, mas quando eu perguntava pra minha enfermeira ela dizia que 'Não, que não era aquilo que eu estava dizendo'. (Entrevistada 10)

O relato da entrevistada 10 ilustra bem essa questão, estando entre as duas únicas entrevistadas que não tinham acessado o ensino superior, apesar de pesquisar e receber informações online sobre o atendimento durante o parto e sobre a gestação, essas informações foram facilmente contestadas pela enfermeira.

Essa percepção se intensificou quando 4 das entrevistadas afirmaram ter tido contato com temas como violência obstétrica durante a graduação ou em cursos técnicos.

Aí, tinha uma lista de grupos de pesquisa, eu escolhi um grupo de pesquisa que trabalhava o nascimento, né? Que assim, estava começando as pessoas a conversarem mais abertamente sobre essa questão de parto em casa, humanização do parto, violência obstétrica (Entrevistada 2)

Na época da graduação, que eu acho que isso teve influência, eu fiz parte de um programa chamado Pet em Rede Cegonha, que era um programa de educação para o trabalho. E aí nessa época era um programa você acompanhava um profissional para desenvolver estratégias da rede materno-infantil no SUS. (entrevistada 15)

Normalmente, para me informar sobre o parto eu pesquisava em artigos, pelo fato de ter feito mestrado, pesquisado. Eu sempre gostei muito de ler artigo, que é o que tem de mais atualizado. (entrevistada 15)

Aí eu acho que foi na faculdade,sabe? Foi um conhecimento básico, assim, o mínimo, muito no início, mas acho que eu tinha essa vontade (de ter o parto vaginal). Não era algo tão firme, assim, deixava acontecer, mas eu acho que foi um conhecimento na faculdade..foi algo muito natural, não entrei para pesquisar, mas, assim, algumas coisas da internet. Eu vi um profissional daquele estilo, daquela área, algumas coisas mais naturais, algo falando sobre parto natural. E aí, eu sempre estava me atualizando. (Entrevistada 17)

Dessa forma, os perfis mais intelectualizados, por serem familiares à prática da pesquisa, não dependem apenas das orientações médicas, podendo ter autonomia de buscar em fontes legitimadas o conhecimento necessário para reconhecer e impor-se contra uma orientação médica percebida como indevida.

Assim, visto que o discurso médico baseado no conhecimento institucionalizado é embutido de poder e de controle (FOUCAULT, 2011), ao apoderar-se do conhecimento, as

mulheres têm mais condições de exercer autonomia e controle sobre o próprio corpo durante o parto.

As informações sobre as vias de partos não foram ofertadas na maioria dos pré-natais das entrevistadas. Aquelas entrevistadas que contrataram doula e equipes de parto humanizado ainda tiveram um momento de educação perinatal. O acesso ao capital cultural institucionalizado possibilitou contato de algumas entrevistadas com uma visão crítica acerca de condutas na atenção obstétrica. Os fatores identificados durante as entrevistas demonstram que as diferentes propriedades sociais, trajetórias de vida e posições no espaço social modificam a forma como as parturientes recebem as informações e se posicionam diante da determinação das vias de parto.

4.5 Capital cultural e econômico na determinação da via de parto

A medicina institucionalizada construiu-se socialmente como o saber mais legítimo sobre os corpos humanos e, diante disso, no momento em que o movimento de humanização da assistência obstétrica se fortalecem, criticando os métodos e as práticas médicas nomeadas como tecnocráticas e intervencionistas (Davis-Floyd. 2001), há uma modificação no valor simbólico do parto vaginal.

Como o movimento de humanização do parto se fortaleceu com base em um conhecimento científico, o parto vaginal humanizado passou a ter um novo valor simbólico, sendo almejado por mulheres de uma fração de classe mais intelectualizada; ao mesmo tempo, a cesariana foi ressignificada como violenta.

E a questão da cesárea, da intervenção que a cesárea é, de ser muito abrupta, né? De cortar, acho que são sete tomadas, não sei se eu lembro, não sei. De pele, né? Da recuperação, enfim. E de todo, porque meio que, pelos vídeos que eu já tinha também observado, né? É um esforço pra sair, eu sei que é um esforço também pela via natural. Eu acho a cesárea uma coisa meio abrupta, assim, violenta, né? (Entrevistada 3)

O desejo pela via de parto vaginal, seja hospitalar ou domiciliar, no corpus desta pesquisa foi majoritário, sendo que apenas uma das mães desejava um parto cirúrgico. O conjunto de casos delineia um grupo bastante intelectualizado, comparado à média da escolaridade nacional, na qual apenas 18,4% da população tem ensino superior completo (IBGE, 2025), sendo que entre as entrevistadas temos 12 pós-graduadas, 2 graduadas, 2 com o ensino superior incompleto e 2 com o ensino médio completo. Nessa perspectiva, embora a

pesquisa não seja amostral, e análise um conjunto de casos, ela aponta para uma relação entre a maior intelectualização, isto é, uma maior concentração de capital cultural institucionalizado, e a preferência por uma via de parto vaginal. O conhecimento sobre a “humanização do parto” funciona como lastro simbólico, fortalecendo o parto vaginal como o parto mais legítimo entre o estrato mais intelectualizado e modificando os valores.

Dessa forma, o capital cultural institucionalizado, demonstrou ter um importante papel na interpretação da determinação da via de parto como reconquista e manutenção da autonomia das gestantes. Importante destacar que gestantes que possuíam capital cultural, mas não possuíam equivalente acúmulo de capital econômico, puderam ainda assim impor-se da determinação da via preferida.

Embora o capital econômico não apareça como um condicionante direto para o desejo e para a adesão da via de parto não hospitalar, visto que das 5 mulheres que realizaram um parto não hospitalar, 3 delas declararam ter uma renda familiar de até 2 salários-mínimos, o recurso econômico é substancial para sua realização. Isso se dá devido à ausência de serviços que possibilitem o parto domiciliar ou parto em casa de parto, fora da esfera privada em João Pessoa, ou seja, não há serviço público nessa modalidade. Assim, a posse de algum capital econômico torna mais provável a possibilidade do parto domiciliar. Entretanto, duas das entrevistadas que realizaram parto em casa e que recebiam até 2 salários mínimos mencionaram a possibilidade de negociação do valor com a equipe da parteira, o pagamento do parto em um “valor social”, bem como a realização de uma iniciativa de contribuição coletiva online (tipo vaquinha) para realização do parto em casa de parto, o que pode demonstrar algum acesso ao capital social como possibilitador.

“Eu fico muito feliz de que o acesso a partos humanizados, normais, em casa, esteja sendo facilitado. É muito bom, porque, inicialmente, quando eu entrei em contato com a equipe e me atendeu, o valor não cabia de jeito nenhum no nosso orçamento, mas aí, logo quando eu falei, “tá, vou pensar e tal”, acho que ainda cheguei a dizer, mas que “não cabe”. Aí a parteira falou “faça uma contraproposta, então”. Aí nisso, que eu me sentei com o meu marido, a gente passou várias horas para construir a nossa contraproposta, muito cálculo, puxa a para lá para cá, anota aqui, o orçamento, a gente conseguiu fazer uma contraproposta, que era um valor bem abaixo, inclusive, e a equipe aceitou. Aí me falou também que essa equipe faz trabalhos assim(Entrevistada 2).

“Tudo estava indicando que ia ser super tranquilo. E aí eu segui na minha meta, meses antes eu comecei a fazer vaquinha, e consegui.” (Entrevistada 8)

Mesmo interessadas na contratação de doulas para o parto, duas entrevistadas apontaram o valor da contratação como um impedimento para a possibilidade desse apoio emocional.

“Entrevistadora: Você teve algum tipo de acompanhamento com doula?

Entrevistada 13: Não, não tive acompanhamento, assim a doula eu acho uma coisa super legal e tudo, mas é muito caro. E para as nossas condições não era possível.”
(entrevistada 13)

Ademais, com base nesses dados e por uma perspectiva bourdieusiana, ainda que seja importante, o capital econômico não é o único fator determinante; outras formas de capital têm se mostrado mais influentes na determinação de um parto não hospitalar.

4.6 Valor simbólico do parto

A caracterização do parto humano é um processo carregado de valores e significações. Em nossa sociedade há mais de uma via de nascimento, cada uma delas é dotada de representações e classificações sociais. O parto, assim como outras práticas, tem valor simbólico que pode se modificar com o tempo e divergir de acordo com a classe e com outros marcadores sociais.

Todo parto humano é uma prática simbólica e processual. A significação é construída socialmente antes da gestação e é passível de uma contínua (re)significação, pois a dotação de significados pode permanecer depois do parto. Assim, a mesma mulher pode atribuir novos sentidos a um mesmo parto ao longo do tempo, conforme se nota nos trechos abaixo.

Então, na verdade, como eu tinha tido uma filha antes e o meu parto meio que tinha sido roubado de mim. Porque eu tinha 17 anos e, de cara, a médica já falou que tinha que ser uma cesárea. E desde lá, assim, eu pensava, velho, se eu engravidar de novo algum dia na minha vida, eu quero tentar ter um parto normal. (Entrevistada 11)

E aí, eu fui pesquisar mesmo. Fui entender. Fiquei, sei lá, catando Instagram, vídeos, pessoas que falavam sobre parto humanizado. E aí, eu percebi que, tipo, aí eu percebi as violências que eu sofri anteriormente e vi que minha história na nova gestação podia ser diferente, né? O parto podia ser diferente. (Entrevistada 11)

A minha mãe sempre contou a história do meu parto, ela não vê a violência que ela passou, mas eu nasci de fórceps com a enfermeira furando a bolsa para acelerar. A minha filha, por exemplo, não teve bolsa estourando, a bolsa estourou com ela

saindo, mas a minha filha nasceu de parto vaginal em um hospital melhor, era um hospital particular, era diferente. (Entrevistada 18)

Esse valor simbólico varia entre os estratos sociais podendo uma via de parto ser vista como cuidado por um estrato e como violência por outro. O parto, assim como outras práticas sociais, ocorre em uma sociedade estratificada e desigual. Segundo essa linha de pensamento, ao analisar as entrevistas nesta pesquisa, mesmo havendo uma preferência majoritária pelo parto vaginal, foram percebidos os variados sentidos atribuídos a essa e a outras vias de parto.

A caracterização do parto via vaginal como uma via de parto saudável foi recorrente entre as entrevistadas. Uma interpretação para essa percepção do parto vaginal como um parto saudável é a construção desse sentido em contraposição ao parto cirúrgico como uma via de parto frequentemente escolhida no caso de gravidez de risco, em especial no serviço público, por não ser possível marcar cesárea eletivamente.

“Desde que eu engravidiei que eu sabia que ia ser normal, a não ser que eu tivesse algum problema, que na hora não pudesse de jeito nenhum.” (Entrevistada 5)

Outro ponto a ser analisado é que algumas entrevistadas justificaram a preferência ao parto vaginal ou caracterizaram o parto vaginal como saudável com base em estudos clínicos e nos benefícios que eles apontam à saúde da criança e da mãe, mostrando como o acesso a determinado tipo de informação pode contribuir na dotação de sentidos a tal prática.

E aí, eu sabia que o parto normal ia trazer benefícios, tanto pra mim, como pra criança. Né? Então, benefícios quanto à saúde da criança. Mas, passando pela via vaginal, ela teria também uma questão imunológica melhor, certo? Também a questão de não ter anestesia, meu parto também foi sem anestesia, não teve essa necessidade. Também influenciava, né, nisso, a questão da medicação. (Entrevistada 3)

Eu sempre soube que o parto normal seria o melhor, seria o natural, seria o esperado, seria bom pra mim para minha recuperação, para o meu filho também. Meu filho por ele mostrar o momento que estava pronto, por ele ter contato com a flora vaginal, que daria essa imunidade melhor pra ele.(Entrevistada 15)

Mesmo que o discurso do parto vaginal inseguro não fosse reproduzido entre as entrevistadas, elas relataram a frequente associação do parto vaginal à insegurança por seus amigos, familiares, médicos e conhecidos.

Teve gente dos dois lados, tanto de agir de forma preconceituosa ‘Que isso é um crime! Você está colocando em risco’. E aí eu tentava explicar que não tinha diferença de segurança, que em outros países já era uma coisa normal de acontecer, que quando a gravidez é de baixo risco isso não tem problema nenhum, na verdade, até favorece ao parto. Porque você não vai estar sobre pressão, sobre intervenção desnecessária, enfim. Mas aí tinha tanto preconceito, como alguns pouquíssimos que tinham passado pela experiência e estavam apoiando, sabe? Mas menos (Entrevistada 15)

É importante notar que essa percepção do parto vaginal como inseguro não foi relatada pelas entrevistadas que utilizam exclusivamente o SUS, ao contrário, a via de parto vaginal teria sido apoiada pelos amigos e familiares devido a rápida recuperação.

“A minha família apoiou. Disseram que era melhor o mesmo, né? O resguardo era mais fácil, era menos doloroso. Eu poderia ter mais liberdade pra cuidar dela, né? Pegar ela, levantar tal, mais liberdade pra isso. Me apoiaram muito.” (Entrevistada 5)

Na cesárea, de positivo, eu acho que é a dor, que a gente não sente muito. Eu mesmo não senti nada, assim, a não ser a anestesia, que também não foi muito dolorida. Agora, o pós-parto, que é mais complicado, a recuperação. Já o parto normal é a dor na hora, né, aquele sofrimento, mas eu acho que a recuperação é bem melhor depois, pra cuidar do bebê. (Entrevistada 14)

“É. Os pontos positivos do normal é que a recuperação é muito rápida, né? Você já tem o bebê, praticamente já sai andando. Não tem esse problema. Você toma banho só, se arruma e tudo. (Entrevistada 4)

Entre as entrevistadas, foi frequente uma visão crítica referente ao tratamento obstétrico e à aplicação de partos cirúrgicos sem indicação clínica. As entrevistadas tinham a percepção do estímulo a essa via de parto, principalmente em hospitais privados, por isso o medo de serem submetidas a uma cesárea foi colocado como motivação para contratação de um(a) médico(a) obstetra com reputação de apoiar o parto vaginal ou para a utilização do parto domiciliar.

Ah, velho, é uma cirurgia, uma cirurgia precisa ser feita quando precisa ser feita, se não precisa ser feita, pra que vai fazer? Não faz sentido pra mim, assim, eu não quero ser cirurgiada, se todas as pessoas todas as mulheres têm assim, né, milenarmente quando não se tinha esse artifício tinham então é meio natural, assim (Entrevistada 8).

A cesárea é importante, em casos específicos, cesárea é um caminho, mas não é o caminho para todos, e existe uma indústria da cesárea, e a cesárea é muito mais rápida para os médicos. O plano de saúde paga de outra forma o médico, é muito

vantajoso, fazer uma cesárea é estruturalmente estimulado. É uma indústria. (Entrevistada 18).

Aí fui vendo que vários procedimentos feitos padrão no hospital, além de serem violentos com o corpo da mulher, tipo kristeller, episiotomia, e com os bebês também, assim, são desnecessários, são violentos, que nem examina direito o menino. É uma linha de produção, você está numa indústria. Só mais um, e que muitas vezes tiravam o bebê antes do tempo, só pra ser cômodo, porque era Natal, Carnaval, Ano Novo. Então, era esse tipo de informação que eu tinha. Eu pensava, nossa, que cruel. Assim, me deu uma dimensão de como a misoginia é entranhada na sociedade....Aí eu já ficava pensando que se eu fosse ter um filho, eu não queria passar por aquilo, e que eu teria que me ligar, porque o padrão é esse tipo de atendimento industrializado, mecânico. (Entrevistada 2)

Entre os valores atribuídos à via de parto vaginal, a percepção dessa via de parto como um parto “natural” algo considerado positivo, foi muito recorrente. O parto cirúrgico era visto por várias entrevistadas como socialmente estimulado e o parto vaginal como ‘natural’. Assim, como outros valores atribuídos às vias de parto, a percepção positiva do parto vaginal como “natural” aparece em oposição à cesariana como “artificial”.

O parto ao meu entendimento, é uma coisa natural. A mulher nasce com um corpo feito para ter o bebê de forma natural e aí. Essa questão da cesárea, foi uma questão cultural, né? Que vinha bem antiga, de institucionalizar, de hospitalizar o procedimento. Como se o homem estivesse tentando controlar o processo. (Entrevistada 15).

“Eu sempre quis ter parto normal, né? E aí, isso com o meu amadurecimento como pessoa, e que eu sempre sigo a linha mais natural possível, né, de não tomar tanto remédio, enfim, das minhas opções como pessoa. ” (Entrevistada 3)

O parto vaginal eu não tive experiência com ele então não tenho muito o que falar mas eu acho que é uma experiência única é uma experiência boa é o natural. é o que o corpo da gente pede fora que é uma experiência fantástica, é bom para o bebê, é bom para a gente. Era o parto que eu queria ter. Era um sonho. Se eu fosse ter outro filho, eu acho que eu consideraria novamente o parto normal. (Entrevistada 13)

Entre as entrevistadas que tiveram ou desejaram um parto domiciliar, foi presente a insatisfação ou medo da atuação da assistência obstétrica justificando a escolha por essa via de parto.

Eu ouvi relatos tão bons de partos em casa e ouvi relatos tão ruins de hospital. Ah, lembrei agora, que teve uma colega do meu marido, que ela teve um parto aqui em uma maternidade pública, que é uma maternidade que é muito boa. Inclusive eu já trabalhei lá, assim, eu estive lá muitas vezes e eu sei que é boa. E ela teve uma

experiência horrível lá. Horrible. Horrible. Eu fiquei muito chocada, porque eu tinha lá uma experiência muito boa, porque eu conheço muitos profissionais que trabalham lá. Eu já trabalhei lá. Já fiz algumas atividades lá. Eu já fiz algumas atuações lá na Secretaria de Saúde e eu sei que é boa. E mesmo assim ela teve uma experiência muito ruim. (Entrevistada 9)

Eu fiquei muito brava de ter engravidado, porque eu sabia que eu ia ficar vulnerável fisicamente. Assim, não ia ser uma coisa que eu pudesse repassar ou amenizar. Nas duas formas de parto, eu iria ficar vulnerável, e eu sabia que, pelo parto normal, tinha chances, assim, de eu ficar menos dolorida, de eu ficar mais autônoma. Assim, de eu poder levantar e tomar um copo d' água, coisas assim. Aí, pensando nisso, na minha mobilidade, na minha praticidade e na minha recuperação mais rápida, eu fiquei pensando no parto normal. (Entrevistada 2).

Eu não gostaria de ter uma cesárea e que o hospital não me deixe confortável, não é um lugar que me sinta confortável, não iria por opções, né? E aí, quando eu engravidou, eu já tinha essa informação na minha mente, porque eu já estava nessa cidade, já conhecia, por exemplo, as duas parteiras, elas já eram minhas conhecidas. Então, foi a primeira coisa que eu pensei, né? Então, tipo assim, foi minha vivência, eu já sabia que isso existia, eu já sentia pelas vivências que eu tinha naturalmente na minha vida e aí foi a minha primeira opção quando eu me ligava. (Entrevistada 7).

Eu acho que coloquei na minha cabeça que eu não queria cesárea, porque eu nunca quebrei um braço, eu nunca fiz uma cirurgia, nunca tomei anestesia geral. E aí eu tenho um pouco de pânico de médico e aí eu criei essa barreira de que eu não ia ter cesárea. (Entrevistada 8).

Além do parto vaginal, nesse discurso sobre a “humanização”, ser colocado com o parto mais “saudável”, ele é também visto por uma parcela das mulheres como uma forma de recuperar o *protagonismo* do próprio parto. Algumas entrevistadas atribuíram uma noção simbólica de *conquista* ao parto vaginal e de ressignificação da dor, como algo fortalecedor.

E, é, também tem a questão de que eu queria ser protagonista nesse momento, né? Que fosse um momento meu e dela, e não que outra pessoa interviesse nesse momento. (Entrevistada 3)

Entrou a médica que estava no plantão... E aí, ela olhou, eu não estava ouvindo isso, mas depois, né, me falararam. Ela brigou um pouco com todo mundo, meio que ‘ por que não me chamaram? Como assim, o bebê nasceu e não chamaram a médica de plantão?’ Assim, o que ela ia fazer? Eu que fiz. Eu que fiz. E aí, ela veio e brigou com todo mundo. (Entrevistada 18)

A Entrevistada 18, havia contratado uma equipe particular de enfermeiras e uma doula para auxiliar no parto.

Enfim, eu acho que a dor seria o único ponto negativo, mas que eu acho que pra quem escolhe o parto normal isso tem que ser transformado, né. Essa visão tem que ser

transformada. Não dá pra você ficar só com medo da dor, você tem que pegar esse medo da dor. Eu mesmo tive um pouco de medo da dor, todas as vezes, é normal. Você não quer passar pela dor, né, mas, enfim. Você transforma esse pensamento do tipo, é uma dor que tá trazendo o meu bebê, né, uma dor que passa.(Entrevistada 7)

E é uma coisa de empoderamento muito grande. Porque, assim, eu, pelo menos para mim, eu me senti uma super pessoa, uma super mulher. Me senti maravilhosa depois do parto. Porque foi a coisa mais difícil da minha vida. E aí eu fico, ‘meu, eu consegui fazer isso’, sabe assim? Meu corpo fez sozinho. Já é uma coisa muito mágica você fazer sozinho um bebê. Você não faz nada, você só existe e come muito, tem os cuidados, mas, assim, o corpo produz sozinho. A orelhinha produz isso, produz aquilo, e ele sozinho faz acontecer toda essa mágica. Então, eu me senti muito sem limites. Tipo assim, eu posso muito mais do que eu podia. Eu não sei se eu tivesse feito a cesárea, eu teria esse mesmo sentimento. Porque é uma coisa muito que é feita em você. E o parto é você que faz. Tem a parteira que te ajuda ali, outras pessoas estão próximas, mas é você que faz. Só você. Então, eu me senti muito maravilhosa. E eu tive muitas conquistas depois que meu filho nasceu. Que eu sei que tem a ver com o parto.(Entrevistada 9)

Dessa forma, até a dor pode ser ressignificada, como uma vivência sofrida para o corpo e revigorante para a mente, colocada por uma das entrevistadas como a dor que traz a vida do filho, e por outra entrevistada como o parto vaginal a tornou uma “super mulher” e a fez ela sentir ser capaz de fazer tudo.

Para as mulheres que fizeram o uso do SUS, um parto vaginal pode significar uma gestação e um parto com poucos riscos e uma rápida recuperação; ao passo que em outro estrato social, o parto vaginal pode representar insegurança e dor desnecessária; e por fim, ainda em outra fração social, o parto vaginal pode significar o parto cientificamente mais saudável, pois ele seria o “natural”, além de remeter às ideias de autonomia, reivindicação ao corpo e uma decisão livre e esclarecida.

É crucial evidenciar que não há um parto humano natural, cada via de parto tem representações e significações embutidas. A ciência e a medicina, podem apontar qual a via de parto que tem menos mortes ou a que está menos associada a problemas médicos, mas isso não significa que será a melhor via de parto para todas as mulheres, pois parto não é apenas um processo fisiológico. As significações que damos ao parto interferem na forma como aquela vivência é interpretada, podendo ser vivida como uma experiência de violência ou de acolhimento.

O parto vaginal, eu não tive experiência com ele, então não tenho muito o que falar, mas eu acho que é uma experiência única, é uma experiência boa, é o natural. É o que o corpo da gente pede, é uma experiência fantástica, é bom para o bebê, é bom para a gente. Era o parto que eu queria ter, era um sonho. Se eu fosse ter outro filho,

eu acho que eu consideraria novamente o parto normal. Só que as pessoas fazem um bicho papão muito grande com a cesárea. Falam assim, ah, o pós-parto é ruim, que vai sofrer muito, é ruim para criança. Tem alguns estudos, também, que dizem que a criança que tem um parto cesariano, a imunidade delas é mais baixa, isso é verdade também. Mas também causam bicho papão, contra a cesariana. A gente vê muito esse viés; quem é a favor do quarto normal e quem é a favor da cesariana.(Entrevistada 13)

Dessa forma, os sentidos atribuídos às vias de parto não são fixos ou isolados, mas construídos relacionalmente. Em uma interpretação Bourdieusiana, as preferências e os sentidos atribuídos às vias de parto se estabelecem por uma indisposição ou por uma aversão à outra via de parto. De modo que os valores simbólicos atribuídos às vias de parto só podem ser compreendidos relacionalmente, em contraste ao outro, posicionados em razão de uma organização classificatória.

4.7 Assistência obstétrica durante a pandemia de covid-19

A pandemia de covid-19 foi um momento socialmente marcante, e foi utilizado nesta pesquisa como um recorte de tempo. Todas as mulheres entrevistadas deram à luz depois de janeiro de 2020, isto é, tiveram o parto, o imediato pós-parto ou o pré-natal já sob a égide da pandemia.

A pandemia de covid-19 foi marcada por mortes em massa causadas por um vírus altamente contagioso, constituindo crise sanitária durante a qual foram adotadas - não homogeneamente - medidas de isolamento social. Por isso, mulheres que ficaram grávidas ou deram à luz durante a pandemia tiveram uma experiência diferenciada devido a dificuldades específicas deste momento. Algumas das entrevistadas relataram que o pré-natal e as determinações sobre a via de parto foram afetadas pela situação sanitária.

“Se você me perguntar quais foram as maiores dificuldades da minha gestação, eu posso lhe dizer com certeza que foi a pandemia.” (Entrevistada 13)

Não houve perguntas direcionadas à pandemia dentro do roteiro de entrevista, mas 9 das 18 entrevistadas citaram covid-19 ou a pandemia durante as entrevistas. As experiências de pré-natal narradas pelas entrevistadas durante a pandemia foram descritas por um esgotamento das vacinas habituais, um tratamento com maior precariedade, e pelo medo de ficar doente e de morrer por frequentar as consultas pré-natais.

Quando a médica passou (a vacina), a moça disse que não tinha. Fui aqui no postinho, a moça falou ‘ah já acabou as vacinas não tem mais’. Começou a faltar a vacina em todo canto nessa época. (Entrevistada 13)

Eu sempre tive ovário policístico. Ai atrasar a menstruação não era incomum para mim. Só que aí eu marquei a médica e a médica já não podia mais me atender porque só estava atendendo gestante no meio da pandemia. Aí eu fui no endócrino e ele pediu um exame do figado, um abdominal total, principalmente para ver o figado. Mas quando viu a ultrassom foi que o médico falou ‘Olha tem uma coisa aqui no seu útero’, eu me assustei né, ‘Tem um bebê aqui, olha lá seu filho’. (Entrevistada 13)

Quando eu estava grávida, eu fui para o interior, pra ficar umas semanas lá. Eu vou todo ano, uma vez por ano pra lá. E eu peguei Covid lá. Foi tranquilo. Não foi... Só tossia muito. Teve informações difusas com relação a isso também. No hospital que eu fui a médica me botou um terror, e ao mesmo tempo, aí eu não sentia chutar o bebê. Eu estava chegando aos cinco meses...Aí, o Covid. Aí, essa médica que me atendeu depois falou que não existia evidência científica de que o Covid atrapalhava a gestação até aquele momento. Não sei hoje em dia. Até certo ponto da gravidez. No final, parece que ele tinha alguma relação com o antecipar parto. (Entrevistada 9)

E, nossa, foi difícil porque no meio da pandemia eu pensei, meu Deus do céu, eu vou morrer. Eu achava que eu ia morrer ou meu filho ia morrer ou meu filho ia nascer com algum problema. Que comprometesse a saúde. Foi. Que comprometesse a saúde dele, alguma coisa assim. (Entrevistada 11)

Entre as entrevistadas houve estratégias motivadas pelo medo da contaminação, as entrevistadas que tinham boas condições financeiras, ou parentes na área da saúde buscaram ter o pré-natal respeitando o máximo o distanciamento social. Porém, aquelas entrevistadas que não tinham outras opções, além do SUS, lidaram com o dilema de se expor ao vírus ou de não ser assistidas durante o pré-natal.

Eu fiz o pré-natal particular porque, de novo, como estava na época da pandemia, quando eu descobri que eu estava grávida, eu liguei para o postinho, que é perto da minha casa, pra ter informação sobre o pré-natal. Só que, como estava na época da pandemia, ela já falou logo assim, ‘olha, a gente tá atendendo muito paciente com Covid’. Aí eu: ‘Pronto, se eu for fazer pré-natal, eu vou morrer’...(Entrevistada 11)

A minha obstétrica, a minha tia, né? Então, assim, eu tinha mais facilidade, né? Ela só queria me ver no consultório uma vez por mês. Por exemplo, ela chegava lá oito horas no dia. Nesse dia que eu ia, ela não marcava ninguém. Eu ia, chegava no consultório e saía, só era eu, ela e a secretária dela. Via rapidamente, assim, né? Ia fazer alguns exames, mas muito rápido, e ela me mandava pra casa. Aí, as ultrassons, era de um amigo dela. Aí, ela combinou com ele. ‘Qual é o horário que vocês pegam pra ela ser a primeira paciente?’. Então, eu sempre chegava sozinha.

Era a recepcionista, o ajudante do médico, o médico, eu e meu marido. Era assim. Aí, o laboratório eu não ia. Eles iam pra minha casa...Aí, no último mês, nos últimos meses, faltava um mês e alguns dias. Minha tia pegou o covid foi para a UTI, a minha prima que é filha dela que também é médica, me indicou outra médica, acho que eu só fiz duas consultas com ela ou foram três e o parto. (Entrevistada 16)

Quando eu empurrei, a cabeça do menino saiu e eu estava sozinha no quarto. Depois que a cabeça dele saiu, veio todo mundo desesperado, nisso todo mundo menos a médica, ou o médico. Enfermeiros, Enfermeira obstetra, mas médico, que é bom, não. Não veio. Aí isso era de madrugada também, eram 3 e poucas da madrugada. A cabeça do menino saindo, e como era na época do Covid, eles estavam se paramentando. Porque o da menina não teve isso, pegou na mão mesmo e botou no meu colo. Foram abrir um negócio lá de luva e botaram a luva, e o menino saindo sozinho. Aí eu peguei e gritei 'O menino vai cair'. Ele caiu na cama ainda, ele nasceu sozinho. (Entrevistada 5)

Houve 2 entrevistadas que afirmaram que a pandemia teve um papel importante na determinação da via de parto. A entrevistada 11, com medo da contaminação, optou por um parto domiciliar. Trata-se de uma mulher branca, pós-graduada em uma universidade particular em uma união estável, artesã, que na época do parto tinha 35 anos e a renda familiar de um salário mínimo.

A entrevistada 11 estava na segunda gestação, a primeira havia sido uma cesárea, ela via no parto domiciliar uma forma de evitar a contaminação por covid, pois não precisaria ter que ir no hospital. Ela foi apoiada pela família, a prima dela era doula e o parto domiciliar não era uma novidade no ciclo familiar.

Eu escolhi uma médica que eu sabia que ela era a favor do parto humanizado. Porque assim que eu descobri que eu estava grávida na pandemia, eu já fiquei logo desesperada. Porque eu ia ter que ir pra um hospital parir e eu pensei, nossa, não quero... aí, eu fui me fortalecendo nessa ideia de que eu não queria ir pro hospital de jeito nenhum. Estava com medo mesmo. (Entrevistada 11)

A entrevistada 16, imersa nesse momento de pandemia, com receio após a tia, que também era obstetra dela, afirmar que era mais seguro para ela uma cesárea, aceitou e preferiu não discutir. Trata-se de uma mulher parda, graduada em uma universidade particular, casada, bancária, que na época do parto tinha 40 anos e a renda familiar era entre 3 e 5 salários mínimos. Ela havia passado anos tentando engravidar e na época já tinha desistido, ela fez o pré natal com a tia obstetra, ela queria ter um parto vaginal, mas a tia desestimulou a ideia colocando a dificuldade de engravidar e a idade dela como empecilho. Vendo no parto

cirúrgico uma segurança, ela não quis “arriscar” um parto vaginal num momento de pandemia.

Rapaz eu acho que o que falta realmente... Tudo bem que a gente pesquisa, que a gente vai atrás da melhor via de parto para a gente, para cada um com a sua particularidade, mas eu acho que os profissionais deveriam realmente explicar o pós e o contra das duas coisas não só a sua opinião pessoal. Porque a minha tia foi na pessoa dela, queria o meu bem, queria o melhor para mim, mas se o melhor dela não era o melhor para mim e não era. Eu fui confiar em alguém. E no meu caso eu sou bem assim ‘Ah, você não quer? não, mas eu quero’. Só que a pandemia, pelo meu histórico, eu não tinha muita opção de escolha de bater de frente, eu queria o melhor para mim, o que fosse mais seguro para o meu filho naquele momento. (Entrevistada 16)

Eu tive medo, porque eu já vinha sensibilizada, cansada e com medo. Eu estava com a maior segurança que era a minha tia e aquela coisa toda que me apoiou que sabe da minha história, e faltando poucos dias pro meu filho vir... Foi outra pessoa, era outra equipe e aí eu também não, não quis arriscar, não quis arriscar quis mesmo. (Entrevistada 16, a tia da entrevistada, obstetra dela pegou covid e ficou internada nos últimos meses da gestação dela.)

Diante disso, percebe-se enfrentando o mesmo contexto de pandemia e com questões sanitárias semelhantes, as determinações das vias de parto são distintas. O parto humano, portanto, não pertence à ordem da natureza, ou ainda, ele não é simplesmente natural. Ainda que seja vaginal, o parto é social, socialmente definido em razão de condicionantes sociais, capitais acumulados e trajetórias de vida.

Capítulo 5: Conclusão

O parto humano é uma prática social. A determinação da via de parto é um assunto complexo e com muitos condicionantes. Não obstante, através desta pesquisa foi possível ter uma compreensão do modo como condicionantes e disposições de classe incidem sobre a determinação da via de parto e nos sentidos a ela atribuídos.

A diferença da natureza do serviço público e do serviço privado se espelha em diferenças na determinação da via de parto em estratos sociais diferentes. De modo que mulheres das classes média e alta, por fazerem uso do serviço de saúde suplementar, se percebem como ativas na determinação da via do próprio parto, e por outro lado as mulheres das classes populares, que fazem uso do SUS, atribuem a determinação das vias dos próprios partos a fatores externos.

Outro aspecto diferenciado pelo uso do serviço público e do serviço privado, é a predominância de indicações do parto cirúrgico eletivo e a defesa dessa via de parto como a mais *segura*, presente no discurso médico e em planos de saúde.

O acesso a informações sobre as vias de parto também acontece de forma diferente em diferentes estratos sociais. Nas entrevistas, percebe-se a ausência ou escassez de informações sobre as vias de parto durante a maioria das consultas de pré-natal. O contato com informações sobre o parto, sobre violência obstétrica e sobre humanização do parto foi relacionado à contratação de doula ou equipe de parto humanizado e à posse de curso superior. Ainda que a internet e as redes sociais tenham sido citadas por parte das entrevistadas e possibilitem um acesso mais generalizado à informação, dificilmente apenas com base em informações disponíveis na internet será possível articular e mobilizar esse conhecimento para que a preferência da via de parto seja mantida, em detrimento de um discurso médico contrário e sem outra base de relações sociais que apoiem tal prática, como a família, doula, grupo de mães, entre outros.

A dotação de sentido e valor simbólico às vias de parto também é diferenciada pelo posicionamento das mulheres no espaço social. Marcadores sociais, como a posse de capital cultural institucionalizado, o uso majoritário do SUS ou serviço de saúde suplementar, a presença de médicos na família e o acesso a determinadas informações sobre assistência obstétrica, incidem sobre a dotação de valor simbólico diferencial às formas de parto.

Embora, entre as entrevistadas, tenha havido preferência majoritária ao parto vaginal, houve variados sentidos atribuídos a ele. Os sentidos atribuídos às vias de parto são relacionais, estabelecidos por uma indisposição a outra via de parto, com uma organização classificatória. Além disso, o parto se revela como uma prática simbólica que não se estanca ao momento de sua realização, podendo ser ressignificado e adquirir sentidos diferentes ao longo da vida das mulheres.

O capital cultural mostrou-se central para a determinação da via de parto. Embora o capital econômico tenha relevância, ele não se apresentou como decisivo para a adesão ou preferência a determinadas vias de parto. Entre as entrevistadas que tiveram partos domiciliares, mesmo aquelas que tinham limitações financeiras, conseguiram superá-las, negociando os valores ou organizando uma vaquinha. Assim, evidencia-se que, mais importante que o capital econômico, o capital cultural tem um papel fundamental na determinação da forma de parto.

Portanto, a determinação da via de parto é social. Em perspectiva bourdieusiana, a determinação da via de parto, mesmo quando parte da gestante, não é uma posição racionalista, individual e independente, mas uma ação condicionada e predisposta pela posição no espaço social. A gestante, dependendo de sua posição no espaço social e do volume e estrutura dos capitais e de sua trajetória, tem disposição para determinada via de parto.

Este estudo, por se tratar de uma investigação baseada em um conjunto de casos, tem limitações. O grupo de mulheres formado por essa coleta se mostrou mais intelectualizado do que a média brasileira e, também por isso, não se configura como uma amostra representativa da realidade nacional. Porém, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, houve achados relevantes e contribuições para compreensão do fenômeno, que podem, contudo, ser ampliadas com estudos futuros.

Futuras pesquisas poderiam aprofundar a investigação com a colaboração de instituições de saúde públicas e/ou privadas, podendo ter um comparativo mais amplo para analisar como o parto é atravessado por disposições sociais. Uma questão, que não pode ser aprofundada nesta pesquisa, mas que se entrelaça com seu tema, e por isso foi regularmente citada nas entrevistas, é como as *experiências* de parto são diferenciadas pelas disposições de classe sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOURDIEU, Pierre. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Zouk, 2011.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, Roberto (Org.). Microfísica do poder. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In: Sociologia e antropologia. São Paulo: Casac Naify, 2003. Parte 6, p. 399-422.
- LOVELL, T. Bourdieu, class and gender: ‘The return of the living dead’?. In: ADKINS, L.; SKEGGS, B. (Org.). Feminism after Bourdieu. Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 2004, p. 37-56.
- SKEGGS, B. Context and Background: Pierre Bourdieu’s analysis of class, gender and sexuality. In: ADKINS, L.; SKEGGS, B. (Org.). Feminism after Bourdieu. Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 2004. p. 19-33.
- Brandão ER, Alzoguir FCV. Gênero e saúde: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022. (Coleção Temas em Saúde).
- Montagner, M. Â.. (2008). Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. Cadernos De Saúde Pública, 24(7), 1588–1598. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700014>
- Salata, A. R.. (2015). Quem é Classe Média no Brasil? Um Estudo sobre Identidades de Classe*. *Dados*, 58(1), 111–149. <https://doi.org/10.1590/00115258201540>
- STREECK, Wolfgang. O cidadão como consumidor: considerações sobre a invasão da política pelo mercado. Piauí, Rio de Janeiro, n. 79, abr. 2013. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-cidadao-como-consumidor/>. Acesso em: 22 jun. 2025.
- WEBER, Max. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Revisão técnica de Gabriel Cohn. Brasília, DF: Editora UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 75, p. S5-S23, 2001.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da, Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N. do, & Santos, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 33, e00078816, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.

Müller, E., Rodrigues, L., & Pimentel, C.. (2015). O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. *Civitas - Revista De Ciências Sociais*, 15(2), 272–293. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17928>

Tornquist, C. S.. (2002). Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483–492. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>

Nakano, A. R., Bonan, C., & Teixeira, L. A.. (2017). O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 27(3), 415–432. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300003>

Nakano, A. R., Bonan, C., & Teixeira, L. A.. (2015). A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 25(3), 885–904. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>

Palharini, L. A., & Figueirôa, S. F. de M.. (2018). Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 25(4), 1039–1061. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Ficha Técnica IDSS 2023. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/copy_of_Ficha_Tecnica_IDSS_ab2023_atualizada_em_abr2024_retificacao_1.3.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Censo 2022: proporção da população com nível superior completo aumenta de 6,8 % em 2000 para 18,4 % em 2022. Agência de Notícias IBGE, 26 fev. 2025. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/42742-censo-2022-proporcao-da-populacao-com-nivel-superior-completo-aumenta-de-6-8-em-2000-para-18-4-em-2022>. Acesso em 29 de julho de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Relatório Nº 179, Brasília, março de 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acesso em: 21 de agosto de 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. Cartilha de violência obstétrica. Núcleo Mulher e Promotoria de Justiça de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional do Ministério Público do Estado do Pará (CEAF/MPPA). Belém/PA: MPPA; 2024. Disponível em: https://www.mppa.mp.br/data/files/98/56/92/DE/A8A1F8102F73B3D8180808FF/CARTILHA_A%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.pdf. Acesso em: 13 de setembro de 2025.

DURKHEIM, Émile. As regras do método sociológico. São Paulo: Martin Claret, 2001.

Escobal, A. P. de L., Andrade, A. P. M. de, Matos, G. C. de, Giusti, P. H., Cecagno, S., & Prates, L. A. Relationship between power and knowledge in choosing a cesarean section: women's perspectives. Revista Brasileira De Enfermagem, 75(2), e20201389, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1389>.

CANATO, Gláucia Maria; FERRACIOLI, Patrícia Louise Rodrigues Varela; PESCE, Giovanna Brichi; CHRISTINELLI, Heloá Costa Borim; DE MELO, Willian Augusto;

FERRACIOLI, Gabriela Varela; DIAS, Jaqueline; PEREIRA, Ana Carolina Simões. Características associadas ao conhecimento sobre as vias de parto em gestantes. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 4504–4518, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i8.2023-022. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10412>. Acesso em: 23 nov. 2024.

Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d'Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. do C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cadernos De Saúde Pública, 30, S101–S116, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

Giacomini, S. M., & Hirsch, O. N. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. Revista Estudos Feministas, 28(1), e57704, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157704>.

ANEXOS:

ANEXO 1: Roteiro das entrevistas da Pesquisa “Análise sociológica das disposições de classe que incidem na definição de via de parto”.

Pesquisadora: Erika da Costa Rabay

Para ser lido antes da entrevista:

Conforme estipulado no termo de consentimento, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Antes de iniciarmos, quero esclarecer que nosso método de trabalho consiste na gravação da entrevista a fim de que a mesma possa ser transcrita e avaliada posteriormente. Podemos iniciar a gravação?

Antes da maternidade

- Você teve a oportunidade de estudar? Como era sua escola? (Qual sua escolaridade?) Se curso superior, que curso fez em qual instituição?
- Qual a sua profissão? Onde você trabalha?
- Onde você mora? Bairro
- Qual seu estado civil ? Você tem um companheiro(a)?

O pré-natal

- Que informações você tinha sobre as formas de parto, antes da gestação?
- Como foi a sua experiência com o pré-natal?
 - + O atendimento foi feito pelo mesmo profissional durante todo o acompanhamento?
 - + Você sentiu que teve liberdade para tirar dúvidas? ou discutir suas escolhas durante as consultas?
- Você tem acesso a plano de saúde ou serviço particular ? Seu pré-natal foi feito em quais instituições?
- Você teve acompanhamento com doula?
- Quais informações sobre as formas de parto foram dadas durante o pré natal?

- + Buscou outras fontes de informação sobre as vias de parto, além da equipe médica ? se sim quais ?

A escolha da forma de parto.

- Em que momento foi determinada a via de parto escolhida? Como foi isso?
 - + Houve alguma recomendação médica específica para essa via de parto?
 - + Houve apoio familiar ou dos amigos a essa via de parto? Como eles reagiram ?
 - + Essa foi a via de parto que você pretendia ter no início da gestação? Se não, o que gerou essa mudança?

Percepção sobre o parto.

- Como você descreveria a sua experiência de parto?
 - + Como você descreveria o tratamento recebido durante o parto pela equipe médica?
- Quais os pontos positivos e negativos que você considera no parto vaginal ? E quais os pontos positivos e negativos que você considera no parto cirúrgico?
- Você gostaria de acrescentar algo sobre sua experiência ou sobre o tema?

ANEXO 2: Quadros com a propriedade sociais

Quadro 1 : Propriedades sociais gerais das entrevistadas

Identificação	Etnia	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda familiar	Local do parto	Via de de parto	Via de parto desejado
Entrevistada 1	Branca	27	Pós-graduação	Telemarketing, Biomédica.	De 3 a 6 salários mínimos	Hospital do convênio	Parto cirúrgico eletivo	Parto cirúrgico com trabalho de parto
Entrevistada 2	Branca	30	Pós-graduação	Auxiliar de escritório, graduada em ciências sociais .	1 a 3 salários mínimos	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto Domiciliar
Entrevistada 3	Preta	33	Pós-graduação	Arquiteta	De 6 a 10 salários mínimos	Hospital convênio	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 4	Branca	30	Pós-graduação	Autônoma/empreendedora	De 1 a 3 salários mínimos	Hospital Público	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 5	Parda	28	Ensino superior incompleto	Autônoma/empreendedora	De 3 a 6 salários mínimos	Hospital Público	1º Parto vaginal induzido 2º Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 6	Parda	40	Pós-graduação	Gestora Pública	De 3 a 6 salários mínimos	Hospital Público	Parto cirúrgico com trabalho de parto	Parto vaginal
Entrevistada 7	Branca	31	Pós-graduação	Naturóloga	De 3 a 6 salários mínimos	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto domiciliar
Entrevistada 8	Parda	29	Ensino superior completo	Psicóloga Autônoma	De 1 a 3 salários mínimos	Parto em casa	Parto na casa de parto	Parto na casa de parto
Entrevistada 9	Branca	31	Pós-graduação	Bolsista de doutorado	De 6 a 10 salários mínimos	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto domiciliar
Entrevistada 10	Parda	30	Ensino médio completo	Dona de um estabelecimento comercial (Bar e Restaurante)	De 3 a 6 salários mínimos	Hospital Público	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 11	Branca	35	Pós-graduação	Desempregada/ Artesã	Até 1 salários mínimo	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto domiciliar
Entrevistada 12	Parda	37	Ensino fundamental incompleto	Dona de casa/ manicure	De 1 a 3 salários mínimos	Hospital Público	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 13	Parda	32	Pós-graduação	Bióloga (não atuante), dona de casa.	De 3 a 6 salários mínimos	Hospital do convênio	Parto cirúrgico eletivo	Parto vaginal
Entrevistada 14	Branca	20	Ensino superior incompleto	Auxiliar administrativo	De 1 a 2 salários mínimos	Hospital Público	Parto cirúrgico eletivo	Parto vaginal sem indução
Entrevistada 15	Branca	32	Pós-graduação	Fisioterapeuta (não atuante), Dona de casa..	Acima de 10 salários mínimos	Hospital Particular	Os dois partos foram partos vaginais induzidos	Parto Domiciliar
Entrevistada 16	Parda	40	Ensino superior completo	Bancária	De 3 a 6 salários mínimos	Hospital do convênio	Parto cirúrgico eletivo	Parto Vaginal
Entrevistada 17	Branca	36	Pós-graduação	Médica Obstetra, Autônoma	Acima de 10 salários mínimos	Hospital Particular	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 18	Branca	36	Pós-graduação	Cientista social, desempregada.	De 6 á 10 salários mínimos	Hospital do convênio	Parto vaginal induzido	Parto Domiciliar

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2 : Distribuição dos dados sobre o uso de serviços de saúde das entrevistadas.

Identificação	Acesso a serviço de saúde	Serviço usado no parto e no pré-natal.	Local do parto	Via de de parto	Via de parto desejado
Entrevistada 1	Plano de saúde	Plano de saúde	Hospital do convênio	Parto cirúrgico eletivo	Parto cirúrgico com trabalho de parto
Entrevistada 2	SUS e Plano de saúde	Todos (SUS, Serviço Particular e Plano de saúde)	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto Domiciliar
Entrevistada 3	Plano de saúde	Serviço Particular	Hospital convênio	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 4	SUS	SUS	Hospital Público	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 5	SUS e Serviço Particular	SUS	Hospital Público	1º Parto vaginal induzido 2º Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 6	SUS e Serviço Particular	SUS	Hospital Público	Parto cirúrgico com trabalho de parto	Parto vaginal
Entrevistada 7	SUS e Serviço Particular	SUS e Serviço Particular	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto domiciliar
Entrevistada 8	SUS	Todos (SUS, Serviço Particular e Plano de saúde)	Parto em casa	Parto na casa de parto	Parto na casa de parto
Entrevistada 9	SUS	SUS e Serviço Particular	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto domiciliar
Entrevistada 10	SUS	SUS	Hospital Público	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 11	Plano de saúde	Serviço Particular	Parto em casa	Parto domiciliar	Parto domiciliar
Entrevistada 12	SUS	SUS	Hospital Público	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 13	Plano de saúde	Todos(SUS ,Serviço Particular e Plano de saúde)	Hospital do convênio	Parto cirúrgico eletivo	Parto vaginal
Entrevistada 14	SUS	SUS	Hospital Público	Parto cirúrgico eletivo	Parto vaginal sem indução
Entrevistada 15	Plano de saúde, e serviço particular	Serviço Particular	Hospital Particular	Os dois partos foram partos vaginais induzidos	Parto Domiciliar
Entrevistada 16	Plano de saúde	Plano de saúde	Hospital do convênio	Parto cirúrgico eletivo	Parto Vaginal
Entrevistada 17	Plano de saúde	Serviço Particular	Hospital Particular	Parto vaginal	Parto vaginal
Entrevistada 18	Plano de saúde	Serviço Particular e Plano de saúde	Hospital do convênio	Parto vaginal induzido	Parto Domiciliar

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 : Distribuição dos dados de escolarização das entrevistadas.

Identificação	Instituições de ensino no ensino básico	Instituições de ensino no ensino médio	Instituições de ensino no ensino técnico	Instituições de ensino no ensino superior	Instituições de ensino na Pós-Graduação	Área da graduação	Escolaridade do pai da entrevistada	Escolaridade da mãe da entrevistada
Entrevistada 1	Instituição particular e público	Instituição particular	----	Instituição particular	Instituição particular	Biomedicina	Não sei / Não conheço meu pai	Ensino médio completo
Entrevistada 2	Instituição particular	Instituição particular	----	Universidad e Federal	Instituição Público	Ciências sociais	Pós-graduação	Pós-graduação
Entrevistada 3	Instituição particular e público	Instituição pública	-----	Universidad e Federal	Instituição particular	Arquitetura	Ensino fundamental incompleto	Ensino superior completo
Entrevistada 4	Instituição pública (Escolas municipais)	Instituição pública (Escolas municipais)	----	Instituição particular	Instituição particular (Online)	Ciências Biológicas	Ensino médio incompleto	Ensino fundamental incompleto
Entrevistada 5	Instituição particular	Instituição particular	Instituição particular	Instituição particular	----	Nutrição	Não sei / Não conheço meu pai	Ensino médio incompleto
Entrevistada 6	Instituição pública	Instituição pública	-----	Universidad e Federal	Instituição pública	Gestão Pública	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental incompleto
Entrevistada 7	Instituição particular	Instituição particular	-----	Universidad e Federal	Instituição pública	Gestão e análise ambiental	Ensino médio completo	Pós-graduação
Entrevistada 8	Instituição particular e pública	Instituição particular e pública	----	Universidad e Federal	----	Psicologia	Ensino médio completo	Ensino médio completo
Entrevistada 9	Instituição particular	Instituição particular	----	Universidad e Federal	Universidade Federal; Mestrado e Doutorado	Antropologia	Ensino superior incompleto	Ensino superior completo
Entrevistada 10	Instituição pública	Instituição pública	-----	-----	-----	-----	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo
Entrevistada 11	Instituição pública	Instituição pública	-----	Instituição particular	Instituição particular	Design de Interiores	Não sei / Não conheço meu pai	Pós-graduação
Entrevistada 12	Instituição pública	-----	-----	---	---	-----	Não sei / Não conheço meu pai	Ensino médio incompleto
Entrevistada 13	Não respondeu	Não respondeu	-----	Não respondeu	Não respondeu	Biologia	Não completou o fundamental, mas sabe ler	Ensino fundamental completo
Entrevistada 14	Instituição particular	Instituição particular	----	Universidad e Federal	----	Enfermagem	Ensino médio completo	Ensino médio completo
Entrevistada 15	Instituição particular	Instituição particular	---	Universidad e Federal	Instituição particular; Especialização e Mestrado	Fisioterapia	Ensino superior completo	Pós-graduação
Entrevistada 16	Instituição pública	Instituição pública	---	Instituição particular	---	Administração	Ensino superior completo	Ensino fundamental incompleto
Entrevistada 17	Instituição particular	Instituição particular	----	Instituição particular	Instituição particular	Médica obstetra	Pós-graduação	Pós-graduação

Entrevistada 18	Instituição particular e pública	Instituição particular e pública	-----	Instituição pública	Universidade Federal; Mestrado e Doutorado	Ciências sociais	Ensino superior incompleto	Ensino superior incompleto
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	-------	---------------------	--	------------------	----------------------------	----------------------------

Fonte: Elaboração própria