

Narraciones sobre parto domiciliario planificado después de un parto hospitalario

Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar

Narratives on planned home birth after hospital birth

Recibido: 07/06/2017

Aprobado: 05/12/2017

Publicado: 27/03/2018

Cláudia Medeiros de Castro¹
Arlene Ferreira de Paula Azevedo²

Este estudio tiene como objetivo conocer las narraciones de mujeres que tuvieron Parto Domiciliario Planificado, con historia de parto hospitalario anterior. Se trata de una investigación cualitativa, con el uso de dos estrategias metodológicas: observación de grupo de apoyo a las gestantes y, entrevistas semi-estructuradas con cuatro mujeres de un municipio del interior de São Paulo. Las observaciones de los grupos permitieron la aproximación y contextualización del campo. El análisis de las entrevistas permitió el delineamiento de las categorías temáticas: vulnerabilidad de la mujer en el hospital; las repercusiones de la separación precoz mamá y bebé; el parto en casa: información y afirmación de la autonomía y percepción corporal en el parto.

Descriptor: Salud de la mujer; Parto domiciliario; Autonomía personal.

Este estudo tem como objetivo conhecer as narrativas de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado, com história de parto hospitalar anterior. Trata-se de uma investigação qualitativa, com o uso de duas estratégias metodológicas: observação de grupo de apoio às gestantes e, entrevistas semi-estruturadas com quatro mulheres de um município do interior de São Paulo. As observações dos grupos permitiram a aproximação e contextualização do campo. A análise das entrevistas permitiu o delineamento das categorias temáticas: vulnerabilidade da mulher no hospital; as repercussões da separação precoce mãe e bebê; o parto em casa: informação e afirmação da autonomia e percepção corporal no parto.

Descritores: Saúde da mulher; Parto domiciliar; Autonomia pessoal.

This study aims to know the narratives of women who had Planned Home Birth after a history of previous hospital birth. This is a qualitative research using two methodological strategies: observations in a support group for pregnant women and semi-structured interviews with four women from a municipality in the countryside of São Paulo. The observations in the groups allowed the approximation and contextualization of the field. The analysis of the interviews allowed the delineation of the following thematic categories: vulnerability of women in the hospital; repercussions of early separation between mother and baby; home birth: information and affirmation of autonomy and body perception at childbirth.

Descriptors: Women's health; Home birth; Personal autonomy.

¹ Psicóloga. Doctora en Ciencias. Docente e investigadora del curso de Obstetricia y orientadora del Programa de Pos-Graduación en Cambio Social y Participación Política de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0002-5237-048X E-mail: claudia.medeiros@usp.br

² Estudiante del curso de Obstetricia de la Escuela de Artes y Humanidades de la USP, São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0002-0141-0189 E-mail: arlene.felizparto@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

En Brasil datos sobre asistencia obstétrica y estudios sobre el tema indican que la universalización del parto hospitalario ocurrió en todo el territorio nacional, como demostrado por la Investigación Nacional de Demografía y Salud, a PNDS-2006¹.

El fenómeno tiene múltiples aspectos y puede ser considerado como un ejemplo del suceso de las políticas de salud pautadas en el principio del derecho universal a la salud, que dio la posibilidad a las mujeres residentes en las diferentes regiones de asistencia hospitalaria en ocasión del parto. Sin embargo el modelo de asistencia obstétrica adoptado es marcado por el exceso de intervenciones: el país figura entre los que más realizan cesáreas en el mundo, mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tasa de cesáreas de 15%. La investigación Nacer en Brasil, que trajo importantes informaciones sobre la asistencia obstétrica, abordó mujeres que durante el embarazo deseaban parto normal y verificó que el resultado obstétrico fue cesárea para un número expresivo².

Las mujeres que tienen el parto normal son sometidas a procedimientos que no deben ser realizados rutinariamente, como lavaje intestinal, tricotomía y episiotomía. Ya el derecho al acompañante, que está garantizado por ley en algunos estados y asegurado por ley específica para todas las usuarias de los servicios que integran la red del Sistema Único de Salud (SUS), según la investigación citada fue garantizado para apenas 18,8% de las mujeres durante todo el período de internación⁴.

El país encuentra dificultades para la reducción de la mortalidad materna que permanece en altos niveles y, Brasil figura entre los países que menos redujeron la mortalidad materna, en un grupo de 75 países, conforme informe divulgado por la OMS³.

En si, la hospitalización del parto no produjo los resultados esperados, al contrario, produjo una práctica obstétrica basada en la cosificación de las usuarias, en el atendimento mecanizado y el no uso excesivo de la tecnología⁴.

El parto como un evento médico hospitalario se trata de una construcción social, influenciada por varios factores. En décadas pasadas el interés del estado en tutelar la salud de la población para contar con individuos capaces de componer la mano-de-obra, contó con el apoyo de la medicina y con la construcción del médico como el detentor del conocimiento científico sobre el cuerpo de la mujer, ya que la sobrevivencia al parto y a la infancia siempre fue la condición necesaria para la obtención de adultos saludables.

El saber médico descalificó el cuidado basado en la cultura tradicional previsto por las parteras, que detenían conocimientos transmitidos oralmente por las mujeres y volcado para la atención a las mujeres. El cuidado tradicional puede también ser considerado como una expresión de la autonomía femenina que en épocas pasadas era considerado como algo a ser controlado⁵.

El proceso de transferencia del parto de la casa, lugar de intimidad y tradicionalmente territorio de la mujer para el hospital, tuvo contornos claramente definidos ya en las primeras décadas del siglo XX, como indica el estudio que demuestra como la combinación entre las maternidades que estaban siendo creadas, con la adquisición de equipamientos médicos, la introducción de nuevos medicamentos y una adecuación del ambiente, indicaba la preparación para recibir mujeres de diferentes extractos sociales. El hospital se preparaba para recibir todas las mujeres y no apenas las pobres, las madres solteras, las indigentes, que eran las que comúnmente tenían sus hijos en el hospital por falta de una red de protección social.

Un levantamiento⁶ sobre cantidad de lechos obstétricos en 1922 indicó la existencia de 400 lechos en Brasil, distribuidos en 10 maternidades, destinados a una población de 30 millones de habitantes. El estado de São Paulo, en el periodo entre 1935-1936, ya tenía 710 lechos obstétricos.

La rápida mudanza del local de parto considerando el tiempo histórico muestra que en 1945, en el municipio de São Paulo, la casa era el local de parto para la mayoría de las mujeres con 70,4% partos domiciliarios y

29,5% partos hospitalarios⁶. Décadas después, el lugar del parto en el país pasó a ser el hospital, como indicado en la PNDS 2006¹.

Reacciones al modelo de atención obstétrica vigente en los hospitales, que redujo el embarazo, parto y nacimiento a la dimensión biológica, surgieron ya en la década del setenta, descritas en las publicaciones de la Antropología que evidenciaba la dimensión cultural del parto⁷.

Un repensar de las prácticas obstétricas, han posibilitado que la OMS divulgase el texto conocido como "Recomendaciones de la OMS", publicado en 1996, que fue importante para la revisión de las prácticas obstétricas vigentes⁸.

En Brasil, el cuestionamiento del modelo hegemónico de asistencia al parto resultó en las iniciativas conocidas como *humanización del parto*, que propiciaron algunas conquistas como la publicación de las recomendaciones del Ministerio de Salud (MS) para el funcionamiento de los Centros de Parto Normal, por medio de la Orden Ministerial creada en 1999 y actualizada en 2015⁹; la creación del Programa Nacional de Humanización del Pre-Natal y Parto (PHPN) en 2000¹⁰, que estableció un rol mínimo de acciones para la atención obstétrica y que fue ampliado en 2011, con la creación de la Estrategia Rede Cegonha¹¹.

Algunos estados crearon leyes estatales que garantizan el derecho al acompañante y en el ámbito federal fue aprobada la Ley Federal 11.108 de 2005 que asegura este derecho para las usuarias SUS en todo el territorio nacional¹².

Tales conquistas, aunque hayan tentado para una mudanza en la asistencia obstétrica, mantuvieron la perspectiva del parto como un evento hospitalario.

El parto domiciliario es abordado por el Ministerio de Salud como resultado de la falta de acceso de las mujeres a los servicios hospitalarios, que es más común en locales geográficamente aislados y pobres; como algo "accidental", cuando la mujer de los grandes centros urbanos no puede llegar a tiempo al hospital; como algo vivido por mujeres pertenecientes a pueblos indígenas o comunidades quilombolas, que son asistidas

en las propias casas por parteras tradicionales. Tal perspectiva resultó en publicación y entrenamiento volcado para parteras indígenas y quilombolas¹³.

Diferentemente de Brasil, en países como el Reino Unido y Canadá, el Parto Domiciliario Planificado (PDP) cuenta con retaguardia del sistema público de salud y las mujeres pueden hacer la elección por el parto domiciliario con garantía de asistencia por profesionales de salud capacitados, como enfermeras obstetras y obstetricias¹⁴. En las raras situaciones en que es necesario transferir a la mujer o al recién-nacido para un hospital, hay servicios de referencia y profesionales capacitados para la remoción.

La seguridad del parto domiciliario indica que el PDP, asistido por un equipo de salud adecuadamente preparado, y tan seguro como en un parto hospitalario siendo más todavía del beneficio de la disminución del número de intervenciones desnecesarias¹⁵.

Es observado en el PDP la disminución de laceraciones, menor ocurrencia de hemorragia pos-parto y mayor satisfacción de la mujer y, los beneficios neonatales son considerados variables, aunque no haya mayor riesgo de mortalidad o apgar bajo, como son comparados a los recién-nacidos por PDP y en el hospital¹⁶.

En Brasil, las mujeres que eligen el parto domiciliario lo hacen fuera del sistema de salud, pues tanto el SUS, como el sistema de salud suplementaria no admiten la elección del local de parto. Vale destacar que la única excepción ocurre en Belo Horizonte, donde un hospital filantrópico garantiza el PDP asistido por profesionales de salud para las usuarias del SUS¹⁷.

Así, como la elección por el PDP ocurre al margen del sistema de salud, son pocos los estudios sobre el tema. Los pocos existentes indican que las mujeres que lo eligieron tienen como característica común la escolaridad: la mayoría de las mujeres tienen enseñanza superior¹⁸⁻²⁰.

Estudio con mujeres atendidas por un servicio privado de São Paulo que ofrece asistencia obstétrica realizada por enfermeras obstetras encontró 71% de las mujeres con enseñanza superior¹⁸; mientras la

investigación con mujeres que tuvieron PDP en Rio de Janeiro y Porto Alegre, encontró 85% con enseñanza superior¹⁹; en Florianópolis se mostró también que la mayoría de las mujeres presentó nivel superior completo²⁰.

La capacidad de buscar y acceder a información está relacionada a un mayor *capital cultural*, lo que posibilita hacer elecciones informadas²¹.

Este estudio tiene como objetivo conocer las narrativas de mujeres que tuvieron Parto Domiciliar Planificado, con historia de parto hospitalario anterior.

MÉTODO

Esta es una investigación cualitativa, con la adopción de la perspectiva teórica construccionista, lo que implica entre otros aspectos, considerar que el mundo social es construido en las relaciones que permiten significarlo y dar sentido al mundo²².

Adoptar la postura construccionista, significa asumir que:

*“El carácter político de la acción social es inseparable de la producción de afectos, de las relaciones de poder y de su dimensión ética”*²³.

Como estrategias metodológicas fueron realizados dos procedimientos: observaciones de encuentros de un grupo de apoyo y entrevistas semi-estructuradas. Las observaciones de los grupos tenían como propósito la aproximación del campo y la identificación de mujeres que podrían colaborar con la investigación.

Las entrevistas con las mujeres buscaban conocer las narrativas que dieron sentido a la elección por el PDP. Las narraciones fueron elegidas por ser diferentes de las descripciones, pues, mientras las primeras tienen un carácter más formal y objetivo, las narraciones tienen mayor profundidad y permiten evidenciar los sentidos y la dimensión subjetiva de los eventos narrados²⁴. Los encuentros fueron registrados por escrito y las entrevistas fueron grabadas.

La investigación contó con actividad de iniciación científica y fue realizada en el municipio de São José dos Campos,

distante 97 km de la Capital y, localizado en el Vale do Paraíba.

En el censo del IBGE - 2010 la población registrada fue 629.921 mil habitantes²⁵. Datos del Sistema Nacional de Informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC) indican que en 2011 ocurrieron 10.308 partos hospitalarios y ocho partos domiciliarios²⁶.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo, número CAAE 28258214.1.0000.5390, aprobado en 2014.

Las entrevistas semi-estructuradas fueron realizadas en local de elección de las mujeres, después de la obtención del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Fue utilizado una guía que incluyó informaciones iniciales sobre edad, escolaridad, profesión y número de hijos.

En seguida se pidió que la mujer hablase sobre la experiencia del parto hospitalario y posteriormente sobre las motivaciones para el parto domiciliario y, que contase sobre la experiencia del parto domiciliario. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas.

La lectura del contenido posibilitó la identificación de *categorías temáticas*, no jerarquizadas y organizadas en un Mapa, como fue propuesto por Spink²². En el Mapa fueron insertados trechos de las entrevistas que evidenciaron los sentidos de las experiencias narradas por las entrevistadas.

RESULTADOS

Se realizaron dos encuentros grupales, siendo el producto de las observaciones registrado por escrito. La aproximación del campo realizada por medio de la participación en los encuentros de los grupos de apoyo a las gestantes y sus compañeros permitió conocer los asuntos tratados en las discusiones grupales y conocer las mujeres que podrían ser entrevistadas.

En cada encuentro se presenta la investigación y se pidió permiso para que las/os integrantes del estudio participasen. En una hoja de observación, se registró: fecha, número de participantes, características de

las/os participantes, temas discutidos, interés en participar de la investigación.

Los encuentros grupales eran abiertos, gratuitos y divulgados en una página de internet. En el primer encuentro la facilitadora fue una enfermera obstétrica y estaban presentes otras profesionales de salud: una *sage femme* (partera formada en Francia) y otra enfermera obstétrica.

El grupo tuvo seis participantes, siendo dos parejas. Dos mujeres llevaron sus bebés. Las discusiones fueron sobre la insatisfacción con la atención obstétrica ofrecida en los hospitales de São José dos Campos, así como, sobre violencia obstétrica, sobre la insatisfacción con cobranza de tasas hospitalarias como tasa para reserva de UTI-Neonatal.

Fue dicho que un hospital de la región adopta lo que fue definido por ellas/os participantes como "*humanizado camuflado*" que consiste en permitir la entrada de acompañante, colocar una música suave de fondo, pero mantener los mismos procedimientos inadecuados en la asistencia a la mujer y al bebé.

Se abordó además que el parto domiciliario es descalificado por muchas personas por ser considerado inferior cuando es comparado al hospitalario, que dispone de tecnología moderna, lo que fue señalado como valorización de la tecnología y desvalorización de la capacidad de la mujer para parir.

Se habló sobre la necesidad de la mujer volverse para sí misma al final de la gestación, para prepararse para el parto. Al final del encuentro una participante aceptó participar de la investigación.

El segundo grupo observado tuvo siete participantes, siendo tres parejas y una mujer gestante, había también una enfermera

obstétrica y un terapeuta corporal, que fue el facilitador del grupo. En este encuentro, los participantes ya habían elegido el parto domiciliario.

Fueron realizadas técnicas corporales y la discusión fue volcada para la percepción del cuerpo y el afecto entre las parejas que van a recibir al bebé que está por venir. Al final del encuentro llegó una mujer que se encontraba en el pos-parto y contó sobre la experiencia del parto domiciliario.

Se consideró en los encuentros grupales que las discusiones evidenciaron la insatisfacción de las/os participantes con la asistencia hospitalaria local y la búsqueda de informaciones para que pudiesen encontrar alternativas para viabilizar las elecciones que consideraban más adecuadas.

Como en el segundo encuentro la elección del parto ya había sido hecha, las/os participantes, aunque mantuviesen la insatisfacción con la asistencia hospitalaria, enfatizaron la necesidad de prepararse física y emocionalmente para el parto. El apoyo recibido en el grupo fue citado por las mujeres en las entrevistas

Las mujeres identificadas como potenciales entrevistadas fueron invitadas a participar de los estudios. Fueron entrevistadas cuatro mujeres que tuvieron parto domiciliario planificado con historia de parto hospitalario anterior, en la ciudad de São José dos Campos.

Las mujeres entrevistadas tenían entre 28 y 35 años. La mayor tenía 35 años y la más joven 28 años. Con relación a los hijos, dos entrevistadas tenían tres hijos, una tenía dos hijas y la tercera tenía dos hijos y estaba embarazada del tercero. En el Cuadro 1 se presenta un resumen de las características de las mujeres.

Cuadro 1. Características de las mujeres entrevistadas. São José dos Campos, 2014.

Nombre*	Edad	Profesión	Hijos(as)	Parto hospitalario	Parto domiciliario
Carla	35	Esteticista	3	2	1
Laura	28	Ama de Casa y Artesana	3	1	2
Mariana	32	Instructora	2	1	1
Paula	35	Técnica de enfermería	2	1	1

*Los nombres son ficticios para preservar la identidad de las entrevistadas.

El análisis posibilitó la organización de las narraciones en cuatro categorías, siendo las primeras sobre parto hospitalario: la *vulnerabilidad de la mujer en el hospital y las repercusiones de la separación precoz madre y bebé*; ya con relación al parto en casa, fue enfatizado el *parto en casa: información e afirmación de la autonomía y la percepción corporal en el parto*, como fue presentado a seguir.

Vulnerabilidad de la mujer en el parto hospitalario

Carla y Paula, que tuvieron parto hospitalario en dos hospitales de São José dos Campos, narraron el parto hospitalario como un evento cercado de procedimientos considerados aversivos, evento marcado por la ausencia de informaciones y agravado por el tratamiento hosco por parte del equipo médico y de enfermería.

El atendimento es ejemplificado en las palabras de Paula, que contó que al quejarse de los cortes en su piel durante la tricotomía (raspaje de los pelos) obtuvo como respuesta de la profesional que realizaba el procedimiento

"usted tá con dolor ahora, ya va ver después!"

Las entrevistadas contaron que se sintieron solas, pues en algunos hospitales no fue permitida la presencia de un acompañante.

Carla evalúa que en el primer parto hospitalario en São José dos Campos el atendimento fue malo, pero en el parto del segundo hijo, que fue realizado en un hospital del municipio de Jacareí, definido por ella como el *"humanizado"*, fue respetada por el equipo. Sin embargo la madre de Carla, que era su acompañante, no pudo asistir al parto, pues estaba llenando las fichas para la admisión.

Ya Mariana considera que fue muy bien tratada en el hospital donde tuvo la primera hija, en Paraná, pero como deseaba parto normal, manifiesta desconfianza al afirmar que: *"No fue un parto, fue una cesárea"*.

Dos entrevistadas utilizaron las palabras *miedo* y *vulnerable* para definir como se sintieron en el hospital:

Lo que yo tengo miedo de hospital es que una tá muy vulnerable. (Carla)

Pero la cuestión del parto en sí, creo que la peor cosa, es... fue esa cosa de todo muy inesperado sabe, del miedo, de estar allí, en aquella sensación de desamparo; usted, está vulnerable, completamente vulnerable. Y el hijo de puta me hizo el punto del marido. Es... tipo, ocho meses después yo todavía sentía mucho dolor para tener relación, mucho, mucho dolor. (Paula)

Repercusiones de la separación precoz madre y bebé

Las intervenciones en el cuerpo de las mujeres por ocasión del parto son también extendidas a los bebés, que después al nacimiento son sometidos a varios procedimientos y en muchos casos son separados precozmente de las madres, como fue narrado en las entrevistas.

Para Mariana, someterse a la cesárea, seguida de la separación del bebé resultó en una dificultad de entender que el bebé había nacido y de reconocer al bebé como su hija:

"Yo quedé medio fuera de aire así, sabe? Yo no entendía lo que, que era... lo que, que había ocurrido... eso no fue ni durante la cirugía sabe, fue después, sabe? Quedé creyendo que, no sé... demoró para caer la ficha sabe? Que había nacido. De ahí yo me irritaba con la bebé porque lloraba mucho, yo... sabe, parece que yo no me daba cuenta mucho que era mía, sabe? Yo miraba y decía así "Dios, que extraño... no parece que es mía". (Mariana)

Para Carla, la separación del bebé resultó en dificultades con la lactancia, ella tuvo mastitis y considera que el bebé *perdió los reflejos* para chupar porque fue para la enfermería:

Pero, nació, él examinó, dijo que taba todo bien, tal... solo que me la sacaron a ella. Yo taba súper bien. Ya me había bañado y preguntaba para la enfermera "Dónde está mi hija?". Solo sé que ella fue subir después de unas tres horas, gritando allá en enfermería. Yo tuve problema después de la mastitis, con la lactancia, porque ella perdió los reflejos en la hora que ella fue para la enfermería infantil. (Carla)

Parto en casa: información y afirmación de la autonomía

La elección por el parto en casa tuvo diferentes sentidos para las mujeres entrevistadas. Mariana quería un parto normal después una cesárea. Paula tuvo un parto hospitalario que consideró *"horrible"*, posteriormente trabajó en un hospital y asistió al tratamiento hostil dispensado a las parturientas en el Centro Obstétrico. Contó que:

"Sentía una compasión por aquellas mujeres abandonadas allá, vulnerables, sabe? Con tanta violencia, agresión verbal. (Mariana)

Cuando quedó embarazada del segundo hijo sabía que podía ser diferente. Fue una foto publicada en internet por una amiga que tuvo parto domiciliario que marcó la elección.

Ya Carla, que tuvo dos partos hospitalarios, contó que en el primer parto en hospital privado las enfermeras eran: *frías*, ella fue tratada *como si fuese un número*. (Carla)

Después de asistir a una conferencia con una partera decidió *no quiero más médico*, pero tuvo el segundo bebé asistido por una médica y por una enfermera obstetra conocida en una conferencia. Cuenta que fue preparándose, buscó informaciones en internet participó de un grupo de gestantes y en el tercer embarazo decidió:

Yo voy a hacer con partera de nuevo, en mi casa... yo no voy a quedar en las manos de ellos; yo tengo miedo mucho miedo, entendió? Yo me muero de miedo. (Carla)

A su vez Laura contó el motivo de no querer otro parto hospitalario:

"Miedo... de pasar de nuevo, por aquella... procedimientos con el bebé que yo no quería, quedar sola, de no poder comer. Entonces todas aquellas restricciones yo no quería. Aquella burocracia de visita". (Laura)

Así como las otras entrevistadas buscó informaciones en internet, conversó con una partera y participó del grupo de gestantes:

"Ahí en casa es, usted tá con las personas que usted más ama. Seguridad, yo estaba muy segura. Yo sabía lo que yo quería, entiende?" (Carla).

"Entonces yo tenía todo para entregar mi vida en las manos de él así, sabe! Tomé el parto para mí, principalmente el Valter [marido]! Tomó de verdad!" (Paula).

"Para poder ser a mi manera. Para yo ser la dueña de mi parto". (Laura)

Yo tenía una cosa de que tenía que tener un parto normal y yo iba a dar una forma de tener". (Mariana).

Las palabras enfatizan el ejercicio de la autonomía en la elección por el parto en casa. Como las mujeres no cuentan con informaciones sobre PDP provistas por los servicios de salud, las informaciones que permiten el ejercicio de la autonomía son encontradas por iniciativa propia.

La percepción corporal en el parto

En las narraciones sobre el parto en casa las mujeres detallaron las sensaciones e impresiones sobre lo que sucedía en el cuerpo durante el trabajo de parto y el parto. Demostraron percepción de la proximidad del parto y aunque hayan relatado dolor, también

fue dicho en *sensación de confort* por saber lo que estaba sucediendo, por no sentirse engañada.

La participación en los grupos de gestantes y las informaciones obtenidas durante la gestación pueden haber contribuido para la mayor percepción corporal y para construir otros sentidos para el dolor.

Tipo así, yo ya sabía; taba aumentando el dolor ella taba llegando más cerca. Entonces aquello me daba así, una sensación de confort, no? Yo sabía exactamente de todo lo que iba a suceder. Nadie me iba a engañar. (Paula) (...) *Usted no siente aquí atrás [señaló la lumbar] así, pesado, no, cuando está con la contracción. Ella es bien... una delicia!* (Carla)

Entonces fue un trabajo de parto mucho más consciente, yo tenía noción de mi cuerpo, de las contracciones, de la bebé. Tipo, yo sentí cuando ella se estaba encajando, cuando ella estaba pasando. (Laura)

Entonces así, durante el parto yo sabía todo lo que yo estaba sintiendo, yo sabía cada fase que estaba sucediendo... [pensaba] ah, entonces ahora la contracción está así es porque está sucediendo tal cosa. (Mariana)

DISCUSIÓN

El término vulnerable, utilizado por Carla, es frecuentemente usado en la salud para designar personas en riesgo de agravamientos y enfermedades. El concepto de vulnerabilidad, que fue evidenciado y ampliado en los estudios sobre personas viviendo HIV/SIDA pasó a ser comprendido en tres dimensiones: individual, que tiene las características personales como edad y sexo, religión; programática, que habla respecto a las políticas públicas traducidas en acciones y social que implica la economía, cultura, ideología y las desigualdades de género²⁷.

Esta definición más amplia puede ser utilizada para la comprensión de la condición de vulnerabilidad de las mujeres en el escenario de la atención obstétrica en Brasil, que adopta un modelo intervencionista, con el uso de prácticas que no son recomendadas por la OMS, como la tricotomía de rutina, procedimiento descripto por nuestra entrevistada.

Las prácticas adoptadas son impregnadas por la desigualdad de género, que trata el cuerpo de la mujer como inferior, imperfecto, pasible de corrección por la medicina. Es un cuerpo colocado a servicio del

placer masculino, como ejemplificado con el procedimiento de la episiotomía, que consiste en corte del perineo, seguido por el “punto del marido”.

Las prácticas percibidas por las entrevistadas como amenazadoras y aversivas en los partos hospitalarios, se extienden a sus bebés, que en muchos casos fueron separados precozmente de las madres.

El contacto precoz piel-a-piel de la madre y bebé proporciona beneficios, facilita el desarrollo del apego, de la lactancia y repercute hasta en el llanto del bebé²⁸, mientras los procedimientos que llevan a la separación precoz pueden impactar negativamente.

Otro evento que repercute en la relación madre y bebé es la violencia contra la mujer en el período perinatal, que está asociada con dificultades en la lactancia y puede resultar en la interrupción de la leche materna, en el aislamiento social, en el desarrollo de síntomas depresivos y puede impactar negativamente en la habilidad de relacionamiento con el bebé²⁹.

Cuando se considera que en Brasil muchas de las prácticas obstétricas resultan en violencia y abuso contra la mujer, como fue demostrado en una investigación³⁰ indicó que un cuarto de las mujeres sufrió algún tipo de violencia ligada a la asistencia al parto, es necesario indagar también sobre la magnitud del impacto de la violencia obstétrica en la relación madre y bebé.

En un estudio sobre parto domiciliario planificado, con 20 mujeres, ellas contaron que para hacer su elección participaron de conferencias, de grupos de apoyo, buscaron informaciones en internet, una de ellas contó que se informó por la literatura científica y leyó revisiones Cochrane³¹. Como afirmado en investigación, las mujeres que cuentan con un mayor *Capital Cultural*²¹ son aquellas que pueden hacer relativas elecciones a lo que consideran la mejor asistencia.

Sobre el local de parto, el hecho de estar en la casa, en un ambiente conocido, que históricamente fue construido como local del dominio de las mujeres, tal vez haya ofrecido la seguridad necesaria para la percepción de lo que estaba sucediendo en el cuerpo y para

la evaluación positiva de la experiencia del trabajo de parto y parto.

Estudio que revisó la literatura sobre el tema coloca la mayor satisfacción de la mujer como uno de los resultados benéficos del parto domiciliario¹⁶.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió conocer las perspectivas de las mujeres que eligieron realizar el parto en casa, asistido por profesional de salud, aun viviendo en un municipio que cuenta con red hospitalaria con lechos públicos y privados y con acceso a la asistencia obstétrica basada en el modelo hegemónico.

Son mujeres que pudieron hacer una elección informada y afirmaron su autonomía para decidir lo que consideraron mejor para sí mismas y para sus bebés.

El hospital ocupó un lugar importante en las narraciones de las mujeres, asociado al miedo, a la vulnerabilidad, aspereza y rigidez y parece haber sido construido con el sentido de un local a ser evitado.

La casa fue narrada como el local donde la autonomía puede ser ejercida y donde fue posible percibir el funcionamiento del propio cuerpo durante el parto de manera placentera. Sin embargo, la elección no fue solitaria, porque pudieron contar con los compañeros, familiares y las profesionales de salud que las atendieron.

Pero fue una elección hecha al margen de las políticas públicas, excluida del SUS, sin el apoyo de las instancias gestoras como el Ministerio de Salud y Secretarías Estadual y Municipal de Salud.

Así, es necesario que el Ministerio de Salud entre en el debate sobre el derecho de elección de la mujer sobre el local de parto y que realice acciones para que las mujeres puedan hacer elecciones seguras, insertadas en el Sistema Único de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

2. Leal MC, Torres JA, Domingues RMSM, Theme Filha, MM; Bittencourt S, Dias MAB et al, organizadores. *Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015 [acesso em 16 jan 2017]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
3. United Nations Children's Fund, World Health Organization. *Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 Report*. Geneva: United Nations Children's Fund; 2014 [acesso em 3 mar 2017]. Disponível em: <http://bit.ly/1jCI5qJ>.
4. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009; 19(2):313-26.
5. Brenes AC. História da parturição no Brasil: século XIX. *Cad Saúde Pública*. 1991; 7(2):135-49.
6. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital: 1830–1960. *Proj Hist*. 2002; 25:197-219.
7. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):627-37.
8. World Health Organization, Maternal and Newborn Health, Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: SHO; 1996.
9. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 8 jan 2015 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
10. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no. Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 8 jun 2000 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
11. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no sistema Único de Saúde a Rede Cegonha [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 27 jun 2011 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
12. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril 2005. Altera a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 8 abr 2005 [citado em 25 jan 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
14. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Can Med Assoc J*. 2009; 181(6-7):377-83.
15. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2012; 9(CD000352). DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2
16. Zielinski, L, Ackerson, K, Low, LK. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health*. 2015; 7:361-77.
17. Hospital Sofia Feldman. *Sofia comemora um ano de parto domiciliar* [Internet]. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman; 2015 [citado em 28 nov 2017]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/2015/01/05/sofia-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar/>.
18. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados materno e neonatais. *Rev Enferm*. 2010; 3(2):81-90.
19. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LL. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4):765-72.
20. Koeter JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de

2005 a 2009 em Florianópolis, SC. Rev Saúde Pública. 2012; 46(4):747-50.

21. Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011. 341f.

22. Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 1999.

23. Cabruja T, Iñiguez-Vasquez L. Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. Anàlisis. 2000; 25:61-94.

24. Muylaert CJ, Júnior VS, Gallo PR, Neto MLR, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(Esp2):193-9.

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; [201-] [citado en 30 nov 2017]. Disponible en: <https://censo2010.ibge.gov.br/>

26. Portal da Saúde (Br). Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, DF: DATASUS; [201-] [citado en 30 nov 2017]. Disponível em: www.datasus.gov.br.

27. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracoli LA. A utilização do conceito de "vulnerabilidade" pela enfermagem. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2008; [citado en 30 mar 2017]; 16(5):923-928. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf

28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their

healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2007; 3(CD003519). Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/epdf>. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2

29. Kendall-Tackett KA. Violence Against women and the perinatal period. the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. Trauma Violence Abuse. 2007; 8(3):344-53.

30. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: pesquisa de opinião pública [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 [citado en 30 mar 2017]. Disponible en: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

31. Castro CM. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. Cad Saúde Coletiva. 2015; 23(1):69-75. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>. DOI: 10.1590/1414-462X201500010012

CONTRIBUCIONES

Cláudia Medeiros de Castro participó de la concepción del estudio, análisis e interpretación de los datos y redacción. **Arlene de Azevedo Ferreira Marques** participó de la recolección y análisis de los datos.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Castro CM, Marques AAF. Narraciones sobre parto domiciliar planificado después del parto hospitalario. REFACS [Internet]. 2018 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 6(1):53-62. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

CASTRO, C. M.; MARQUES, A. A. F. Narraciones sobre parto domiciliar planificado después del parto hospitalario. REFACS, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 53-62, 2018. Disponible en: *<link de acceso>*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Castro, C. M. & Marques, A. A. F. (2018). Narraciones sobre parto domiciliar planificado después del parto hospitalario. REFACS, 6(1), 53-62. Recuperado: *insertar día, mes y año de acceso de insertar link de acceso*.