



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Relaciones sociales en la opción por el parto domiciliario planeado: un estudio etnográfico institucional

Helôisa Ferreira Lessa¹, Maria Antonieta Rubio Tyrrell², Valdecyr Herdy Alves³,
Diego Pereira Rodrigues³

¹ Primal Health Research Center

² Universidad Federal de Rio de Janeiro

³ Universidad Federal Fluminense

RESUMEN

Objetivo: Revelar, a partir de lo cotidiano, las relaciones sociales que involucran la opción de la mujer por el parto domiciliario planeado. **Método:** etnografía institucional. **Sujetos:** diez y siete mujeres que planearon y efectivamente parieron en el domicilio asistido por médica o enfermera obstétrica, en el período de Enero de 2008 a Diciembre de 2010. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada, entre Octubre y Diciembre de 2010, y tratados por análisis temático, teniendo por referencia la Teoría de Dorothy Smith. **Resultados:** emergió la categoría las relaciones sociales y su influencia en la opción por el parto domiciliario planeado. **Discusión:** Pensar en las relaciones de poder en la elección del parto domiciliario planeado es favorecer la libre elección vivenciada por la mujer en sus diferentes y distintas redes de apoyo. **Conclusión:** La valorización de la mujer mientras está sujeta al proceso de nacimiento es esencial para el bienestar materno-fetal.

Descriptor: Políticas Públicas de Salud; Parto Normal; Parto Domiciliario; Enfermería Obstétrica.

INTRODUCCIÓN

La influencia de las relaciones de poder en la opción de las mujeres por el parto domiciliario planeado en grandes centros urbanos es el foco de la investigación. Se trata de tema de interés y en evidencia, sobretodo en resultado de las demandas de los movimientos sociales, de la Organización Mundial de la Salud y de sectores organizados. Este escenario culminó en políticas públicas que favorecieron la actuación de enfermeras obstetras, obstetras y médicos a asistir partos domiciliarios planeados en los centros urbanos, a pesar de la posición marginal en que el mismo se encuentra en nuestra sociedad⁽¹⁾.

Entre los partos en Brasil, de acuerdo con el Ministerio de la Salud que viene tomando medidas para la mejoría de la calidad de los servicios prestados a las mujeres en la cuestión del parto y nacimiento, 98% ocurren en ambiente hospitalario⁽²⁾. El parto en el modelo hospitalario, en la mayoría de los casos, se basa en una asistencia medicalizada, en la cual la utilización de intervenciones no necesarias es aún frecuente.

Este escenario es confirmado por datos del Sistema de Informaciones de Nacidos Vivos evidenciando que, en 2010, la prevalencia de cesáreas en Brasil fue de 52%. En 2009, esta tasa fue de 58% en el estado de Rio de Janeiro⁽³⁾, y de 99,76% en el municipio de Rio de Janeiro⁽⁴⁾. La idea corriente en la sociedad brasilera, compartida inclusive por profesionales de salud, es la de que el parto domiciliario, incluso cuando es planeado, representa mayor riesgo de resultados maternos y neonatales desfavorables. Sin embargo, evidencias científicas reportan que el parto domiciliario planeado, para mujeres de bajo riesgo obstétrico, es tan seguro como el parto hospitalario habitual, y debería ser ofrecido como opción a las mujeres saludables que así lo desearan⁽⁵⁻⁸⁾.

En este estudio, después de la aclaración de sus significados, se decidió por trabajar con el término "*opción*" en detrimento del término "elección". La aclaración etimológica de esos términos es la de que *opción* es el *acto, directo o facultad de optar, preferencia y libre elección*; en cuanto *elección* se refiere al *acto o efecto de escoger, opción, preferencia, selección*⁽⁹⁾. Adoptar aquí el primer término pareció más adecuado, teniendo en vista que su connotación engloba la capacidad de libre elección, condición básica de ciudadanía de la mujer al reconocer el derecho de preferir, como marca de poder y de autonomía, por el parto planeado.

A partir del acceso a la información y consecuente conciencia plena de los derechos de ciudadanía, el empoderamiento tiene relación con el ejercicio del control de nuestros actos. Es esto lo que promueve los cambios de actitudes pasivas para posturas activas, ocasión en que el individuo es capaz de saber lo que es mejor para sí⁽¹⁰⁾.

En nuestra sociedad la mujer vive inmersa en una cultura pro cesárea y de negación de su condición de ciudadana, en la cual la inexistencia de la posibilidad de la opción relativa al local de parto no causa espanto ni revuelta. Sin embargo, en los últimos diez años han ocurrido una expansión significativa de movimientos de mujeres y profesionales de salud, los cuales han buscado discutir alternativas al modelo de atención al parto predominante en Brasil. La población del internet ha contribuido para el crecimiento de esa forma de expresión social, posibilitando a las usuarias a encontrar informaciones sobre modalidades de nacimiento diferentes del modelo hospitalario⁽¹¹⁾.

De ese modo, se tiene como objetivo: revelar, a partir de lo cotidiano, las relaciones sociales que envuelven la opción de la mujer por el parto domiciliario planeado y gran centro urbano.

MÉTODO

Se trata de un estudio etnográfico institucional (EI), método propuesto por la socióloga canadiense Dorothy Smith, que sufrió fuerte influencia del posicionamiento epistemológico desarrollado en el ámbito de los estudios feministas, de la etnometodología de Garfinkel y del materialismo marxista⁽¹²⁾. La autora parte del principio de que las mujeres son excluidas del poder de decisión de la sociedad, que es dominado por el pensamiento masculino.

La elección de la EI se dio por considerar que los locales de partos, aquí representados por las residencias, están vinculados al contexto cultural y al comportamiento humano en un abordaje del movimiento feminista. La EI está ligada a las reglas, a la organización social de un determinado hecho o evento; así, no estudia las instituciones como tal. Lo que propone es una sociología que parte de la experiencia de las personas, y no de una teoría. Combina teoría y método y se centra en las conexiones entre locales y situaciones de la vida diaria o de la práctica profesional.

Las relaciones sociales constituyen el punto central del análisis y la EI ofrece un camino para explicar de qué forma lo cotidiano instituido en las residencias se articula con las relaciones sociales del amplio proceso social y económico vigente. La etnografía propone el estudio de lo cotidiano social fundamentado en su *locus*, así, se optó por entrevistar las mujeres en los locales de indicación de ellas: el domicilio.

Se optó por el enfoque cualitativo, pues este permite la profundización de las relaciones sociales expresadas en el mundo de los significados y de las relaciones humanas⁽¹³⁾.

Para selección de las deponentes, inicialmente se contactó los profesionales que acompañaron partos en domicilio en la ciudad de Rio de Janeiro, es decir: cuatro enfermeras

obstétricas y dos médicos. Después de la reunión de presentación de la investigación, los profesionales solicitaron a las mujeres autorización formal para indicación como participantes del estudio.

Se estableció contacto con 65 mujeres que aceptaron participar y que parieron en el domicilio en el período de Enero de 2008 a Diciembre de 2010. Los criterios de exclusión adoptados fueron: partos que resultaron en mortinatos o en niños con agravios.

Para selección de las mujeres elegibles, se realizaron sorteos hasta que se alcanzó la saturación de los datos. De esa forma, la muestra final del estudio fue constituida por diez y siete mujeres.

Los datos fueron recolectados en los domicilios de las mujeres por medio de entrevistas semiestructuradas en el primer semestre de 2011, gravadas en aparato digital, y anotaciones realizadas en el cuaderno de campo.

Los datos fueron tratados por análisis de contenido. Para tanto, los testimonios fueron transcritos en la íntegra y validados por las deponentes. La lectura cuidadosa del material resultó en la identificación de 45 unidades de registro que fundamentaron la construcción de tres categorías temáticas: (i) Información: un paso para la opción por el parto domiciliario planeado; (ii) Las relaciones sociales y su influencia en la opción por el parto domiciliario planeado; (iii) La opción por el parto natural y la desmedicalización.

En este artículo, se presentan los resultados de la categoría "Las relaciones sociales y su influencia en la opción por el parto domiciliario planeado", por medio de las subcategorías: Una forma diferente de afrontar mi cuerpo, la vida y el mundo; La relación con el padre del bebé; La relación con la familia y los amigos; La relación con el sistema de salud y los médicos.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de

Lessa HF, Tyrell RMA, Alves VH, Rodrigues DP. Social Relations and the option for Planned Home Birth: An Institutional Ethnographic study. Online braz j nurs [internet] 2014 Jun [cited month day year]; 13 (2): 239-49. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4163>

Enfermería Anna Nery, de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, sobre Protocolo nº 078/2010, conforme proporciona la Resolución del Consejo Nacional de Salud nº 466/12⁽¹⁵⁾.

Para asegurar el anonimato y el sigilo de las informaciones, la autoría de los testimonios está codificada alfanuméricamente (E1...E17).

RESULTADOS

Una forma diferente de afrontar mi cuerpo, la vida y el mundo

Las participantes, por poseer educación de nivel superior, y mayoritariamente contribuyendo con el presupuesto familiar, se destacan del conjunto de las mujeres de la población. Se relacionan con otras mujeres en diferentes ambientes y redes sociales, y parte de ellas se declararan "diferentes" de sus familias de origen. En general, también son reconocidas como "diferentes" por los familiares y amigos.

(...) Ya tenemos una cabeza medio molesta con las cosas del modo que son. No nos tragamos mucho toda esta industrialización. (E7)

En los testimonios que siguen, lo que se percibe es como la opción por el parto domiciliario hace parte de una forma de ver la vida.

(...) Y como yo ya trabajaba con cosas naturales, con alimentación natural, parecía natural querer parto en casa. (E11)

(...) Yo tengo una ligación con la naturaleza, un pensamiento para las cosas más simple. Y ahí vino esta cosa del parto en casa. (E14)

Entre las mujeres que no hacen parte del grupo anterior con características homogéneas, surgen importantes aspectos que ayudan a identificar con mayor percepción el grupo estudiado; esas mujeres no se reconocen como personas alternativas:

(...) Las personas enfrentaban como modismo: 'ella está queriendo tirar onda'. Otras decían que yo era hippie. Caramba, yo no soy hippie de ningún modo. (E4)

La relación con el padre del bebe

La participación del padre en el proceso de la gestación a los cuidados con el bebe fue citada por catorce mujeres. Con relación a la opción por el parto domiciliario, cuatro citaron el padre como compañero en la opción por el parto domiciliario, hablando de la comunión de pensamiento y de la confianza entre ellos, y compartiendo la idea de que la mujer tiene prioridad, pues irá a ocurrir en su cuerpo. Las mujeres citan a la construcción de esa opción con el padre del bebe.

(...) Mi marido reaccionó muy bien, el piensa que si una cosa es buena para mi es buena para el también. (E5)

(...) Mi marido nunca, en algún momento, vino a intentar convencerme de hacer lo contrario. El hasta hoy dice que tiene mucho que agradecerme porque fue tan mágico y el poder vivir aquello tan de cerca. (E9)

En los testimonios a continuación, se confirma la participación de los compañeros que comprenden el protagonismo de la mujer en el proceso:

(...) Yo nunca tuve que convencerlo de la decisión de tener el parto en casa. Si usted cree que es eso, entonces tiene que ser eso. (E2)

(...) Él se colocó desde el principio como un colaborador, y no como responsable por nada. Por eso es que el nunca negó o cuestionó esta posibilidad. (E12)

Otros testimonios demuestran que el padre no concordó con la opción por el parto domiciliario, pero al final acató la idea, lo que refuerza la cuestión del poder de decisión ser de la mujer.

(...) Al final mi marido demostró que él tenía pavor de esta cuestión de parto en casa (...). Cuando yo dije yo no quiero, el salto! (...) Pero yo conseguí superar este obstáculo. (E12)

(...) El padre, el nunca quiso el parto en casa. Hasta el fin el nunca apoyo. Pero el quedo en que era una decisión mía. (E8)

Entre las mujeres entrevistadas, ocho relataron que la familia y los amigos expresaron aprensión con relación a la salud materno-fetal, algunos manifestando que tal opción era locura, y que expondría a riesgos no necesarios. Se puede observar lo que es común: El círculo de personas, demostrar amor y cariño a través de la preocupación con la salud de madre e hijo. Aún se percibe que cualquier otra actitud que no sea usual, relativa al local y al tipo de parto, genera cuestionamientos y profundos enfrentamientos.

(...) Y no solo mi marido, mis padres también (...) Las personas que estaban preocupadas con nuestro bien-estar. Con que todo saliera de una manera buena, que todo corriera bien. (E17)

(...) Lo que hubo fueron repeticiones de eso: usted es loca, usted está colocando la vida de su bebe en riesgo (...) Era siempre lo mismo, y las personas afrontaban como modismo. (E4)

La cuestión central en los testimonios confirman el respeto y el apoyo a la opción; reconocen el derecho de la futura madre y del padre de decidir dónde y cómo quieren que su bebe nazca; y dejan claro que en la relación con los familiares próximos, su forma de *ser*, a pesar de ser diferente, merecía confianza por parte de ellos.

(...) Mira, mi madre y mi padre ya están un poco acostumbrados con mis elecciones, ellos aceptaron. (E9)

(...) Muchas personas dicen que yo era valiente, pues soy extranjera, sola, sin hablar bien el portugués, ¿cómo podría hacer parto en casa? Y fue esta reacción, con mucha admiración. (E5)

La relación con la familia y los amigos

Entre las entrevistadas, ocho declararon no poder contar a la familia y/o amigos su opción por el parto domiciliario. Esa actitud no es simple, representa un gran desgaste en la relación familiar, en el trabajo y en las amistades. Sin embargo, las madres, muchas veces, no encuentran otra posibilidad, como demuestran los testimonios a continuación:

(...) Bueno, nosotros no le contamos a nadie, en todo este período, vimos como las personas son preconceptuosas. Yo me quede quieta. Entonces, nosotros contamos cuando el bebe nació. (E3)

(...)Yo no podía decirle a todo el mundo que yo iba a hacer el parto domiciliario; si no, yo formaba problema (...) Era llamada irresponsable (...) ¿sabe? Yo no pude contarle a mi familia que yo iba a hacer un parto domiciliario porque yo sabía que yo no tendría tranquilidad de mis tías en mi oído. (E2)

Analizando los testimonios se percibe como es impactante la reacción contraria del círculo social a la opción por el parto domiciliario. Por eso cuando esas mujeres encuentran otras mujeres con la misma opción surge entre ellas un profundo sentimiento de hermandad que posee en si poder de transformación social⁽¹⁷⁾.

La relación con el sistema de salud y los médicos

La organización social, esto es, la forma como los sistemas de salud son organizados, fue citada por 13 entrevistadas, relatando dificultades enfrentadas durante su gestación o parto anterior, en la relación con profesionales médicos y con los hospitales y maternidades.

(...) Hubo paro durante el prenatal; fue todo muy malo. (E4)

El paro refuerza la inseguridad a partir de la discontinuidad y de la caída en la calidad de la atención.

(...) La atención allá cayó mucho de calidad. Y fue una consulta pésima, me quede diez minutos allá dentro. Cuatro hombres tocando mi barriga para medir el tamaño de la barriga, ¿sabe? Me levanté y me fui. (E11)

La sensación de hombres tocando la barriga nos sugiere la cuestión de la invasión a partir de la cuestión de género.

En los casos a continuación, las mujeres se refieren a los profesionales vinculados a los planes de salud.

(...) Después yo descubrí un médico que hacía parto domiciliario, pero yo no quería un médico. Yo creo que, médico es para cuando usted necesita de uno. No cuando va a tener un bebe. (E11)

A pesar de la entrevistada reafirmar sus razones por la elección del profesional médico, ella reconoce las limitaciones de él para ejercer esta función. Remitiéndonos la idea de parto como evento natural que no necesita de la presencia del profesional médico, responsable por patologías:

(...) El jueves, ella (médica) llamó diciendo que si yo no hacía la cesárea que ella estaba mandando, mi hijo iba a nacer un vegetal. Yo fui firme y dije que no era más paciente de ella, después, me temblaba todo. (E4)

La decisión de la mujer denota un empoderamiento personal que le permite posicionarse frente al profesional, afirmar lo que desea y como desea a pesar de la afirmación de que el hijo se volvería un vegetal ser muy amenazante.

Cinco mujeres optaron por el parto domiciliario después de experiencias negativas anteriores. El testimonio, la continuación, denota una mujer que no argumenta o discute, apenas observa los detalles, y con base en lo que observa, toma su decisión. Las diferencias en los modelos de asistencia obstétrica fueron evidenciadas.

(...) 'No, doctor, pero yo no quiero anestesia, episiotomía, yo no quiero nada de eso.' Y el no acepto (...) Yo

sé que remedio es muy malo para el bebe. (E7)

(...) El parto queda por cuenta del equipo médico. Entonces, quien va a parir así de la generación de mi madre y de mi suegra va para el hospital. No existe proceso y participación del padre, de la madre del bebe, no existe nada. (E12)

El testimonio siguiente ilustra la visión de las mujeres sobre la vivencia del parto en el hospital y ofrece soporte a su opción.

(...) Porque yo no quería ningún médico cerca, yo no quería nadie perturbándome. Yo no quería luz, yo sabía que yo iba a gritar muchísimo, porque yo me conozco y yo sabía que allá ellos no me iban a dejar, me iban a criticar. (E15)

DISCUSIÓN

Para una parte significativa del grupo, la opción por el parto natural es coherente con su estilo de vida, con sus creencias y valores. El modo como se vive surge como factor para la elección del parto domiciliario, pues son familias que poseen otros valores culturales y sociales como, por ejemplo, la consciencia en relación a la importancia de la preservación ambiental^(15,16). Igual en estos casos, las entrevistadas recibieron fuerte presión social contraria al parto domiciliario.

Hay familias que optan por el modelo naturalista, pero que en la relación con el movimiento naturalista difieren en el sentido de poseer cierta independencia en relación a lo que piensan y cómo actúan. Evidenciando, así, aspectos importantes en sus valores acerca del parto domiciliario, instituido en la visión huma-

nizada antes de la analogía de la relación con el medio ambiente⁽⁸⁾.

La opción por el parto domiciliario en centro urbano, en general, es vista por la sociedad como algo totalmente fuera de los patrones. A las relaciones de poder⁽¹⁵⁾ son afirmadas a través del habla y de la escritura. El pensamiento dominante es la seguridad del parto hospitalario como norma, regla. Sin embargo, estas mujeres pasan y ultrapasan este saber común. Un conjunto de nuevas informaciones, de nuevos valores que van permitiendo romper el patrón dominante. El acceso a la información diferenciada es decisivo para la opción. Una nueva forma de consciencia que comienza a esbozarse a partir de la vivencia de otras mujeres, y que demarca la identidad de la mujer y en algunos casos de su familia.

La participación del padre en el proceso de la gestación a los cuidados con el bebe surge en los testimonios, sin embargo, con relación a la opción por el parto domiciliario fueron pocos los que dieron apoyo efectivo y surgen como compañeros en la decisión y comunión de pensamiento. Se observa una relación de poder entre la pareja, en la cual prevalece el poder de decisión de la mujer. La mujer decide y el marido no intenta convencerla de lo contrario, evidenciando que la decisión ya había sido tomada, lo que representa apoyo y compañerismo. Se puede inferir, entonces, una relación social en torno del parto, en el cual el poder mayor de decisión es de la mujer.

En nuestra sociedad patriarcal las mujeres no hacen parte del aparato decisorio. Igual en el campo de la salud, donde son reconocidas como detentoras del poder, la participación efectiva en las decisiones no hace parte de lo cotidiano. En ese sentido, queda evidente una nueva relación de poder que se establece en la opción por el parto domiciliario a partir de la propia mujer⁽¹⁵⁾.

La toma de decisión por la mujer, no es una posibilidad común en nuestra sociedad - la de prevalecer un deseo femenino, y no masculino, pues denota la inversión en la relación de poder usual, común entre hombres, fuertes, y mujeres, frágiles. Disponer sobre el propio cuerpo, el propio proceso, exige un posicionamiento personal de autonomía en la relación con el padre. Sin embargo, aquí se tiene un paradojo, pues, en nuestra sociedad patriarcal, en la división de las tareas, el cuidado de la familia quedo determinada como una función femenina. Por lo tanto, no se puede afirmar que existe aquí una real inversión de género. La relación de poder, como forma de organización externa, delega a las mujeres las cuestiones ligadas a la salud⁽¹⁵⁾.

Yendo más adelante en esta reflexión, parece significativo para la mujer, en el proceso de opción, el reconocimiento interno y externo a ella, de que la decisión pertenece más a la mujer que al hombre, por el hecho de que es la mujer quien vivencia el proceso. Se puede comprender como este auto reconocimiento hace parte del proceso de individualización y empoderamiento. Es esa mujer que a lo largo de la gestación va informándose, que después de evaluar todos los pros y contras opta por el parto domiciliario como una alternativa a la medicalización, a la falta de respeto y a la falta de comodidad, que son comunes al parto hospitalario en nuestra realidad de gran centro urbano brasileño⁽¹⁷⁾. Se puede entender que esta mujer ya poseía recursos internos, formas organizadas de consciencia que conformaron la opción. Este caso permite analizar las relaciones sociales y el impacto en la opción⁽¹⁵⁾.

Ante una cultura tecnocrática en las cuestiones relacionadas al parto y nacimiento, la base de los cuestionamientos realizados por la familia y por los amigos, parte de la premisa de que el local de parto es el hospital, y quien asiste al parto es el médico. Tal vez esta frase exprima la

cultura y las creencias en las cuales la sociedad de un gran centro urbano, de manera general, está sumergida.

De ese modo, la cultura pro-cesariana remite seguridad para la familia y el miedo está sustentado por la escasez de conocimiento⁽¹⁸⁾.

Después de las primeras reacciones contrarias, muchas veces de forma agresiva, las mujeres decidieron no exponerse más para evitar enfrentamientos. En ese escenario, el deseo por el parto domiciliario las coloca en una situación marginal, como la de quien hace algo errado, y porque no decir, ilegal.

Se observó, en este estudio, como es profundamente impactante la reacción de los familiares y amigos; así, se puede redimensionar la importancia, para estas mujeres, de conocer otras mujeres que creen y comparten el mismo ideal. Un fenómeno que había de ser identificado en otros episodios del cotidiano femenino, reconocido como un sentimiento de hermandad entre estas mujeres, que de tanto ser masacradas por sus opciones, acaban por unirse. Esa unión tiene en si el poder de transformación social⁽¹⁵⁾.

En el estudio, las mujeres alegaron que no fueron oídas, ni respetadas durante su pre-natal en los servicios de salud. Los registros, como textos mediadores de la organización social, no presentan espacios reales para las cuestiones traídas por las pacientes, teniendo como origen sensaciones y sentimientos. El descubrimiento de que lo que queremos o lo que negociamos en el pre-natal convencional no es lo que sucede, evidencia como en el final de la gestación no resta a la mujer ningún poder de negociación, ni posibilidad de imponer sus deseos y planes. Significa decir que el poder masculino, patriarcal, impide, en ese caso, la manifestación del conocimiento femenino.

Así, las críticas en cuanto a la rutina de los exámenes referido por las mujeres refuerzan el aspecto negativo del hecho de ser médicos, del

sexo masculino, en su mayoría, los que prestan asistencia. La sensación de invasión se acentúa en la relación de género. Hombres observando el toque vaginal, tocando su barriga y haciendo muchas preguntas. Para una gestante ya fragilizada, la participación de esos médicos fue totalmente asustadora.

En el sector privado de los grandes centros urbanos, las actuales tasas de cesarías alcanzan niveles abusivos⁽¹¹⁾.

Es a través del miedo que el dominio sobre las mujeres se establece como marca para la inviabilidad de la reducción de la tasa de cesáreas, pues la inseguridad de las mujeres frente al parto y nacimiento es permeado por estadísticas de muerte materna⁽¹⁹⁾. En un círculo social entre la zona sur y Barra da Tijuca, barrios de Rio de Janeiro tradicionalmente atendidos por los planes de salud, es necesaria una gran peregrinación para acceder a un profesional que tenga como base el parto fisiológico, que no realice intervenciones no necesarias.

La experiencia negativa anterior a la divergencia profunda, el acceso a la información y el hecho de estar conectada con grupos de mujeres en internet, parecen ser un soporte para el enfrentamiento con el profesional y la toma de posición. Con eso, muchas mujeres deciden por local de parto y el profesional que irá a asistirle al final de la gestación⁽²⁰⁾. El tamaño de la barriga, la seguridad de que el bebe, de alguna forma, tiene que nacer, se une a un sentimiento de dónde y con quien ella se irá a sentir segura para parir.

La atención al parto es aún vista sobre el modelo biomédico, como algo patológico que necesita de tratamiento. La opción por el parto domiciliario, al contrario, va al encuentro de la valorización de la mujer y de sus expectativas, en una visión de participación activa en el parto y nacimiento. La insatisfacción clara con la negación absoluta de la participación de la madre y del padre en el proceso evidencia una relación de

poder que es cuestionada a partir de la opción por el parto domiciliario.

Se evidencia una diferencia entre la asistencia prestada por el médico y por la enfermera obstétrica/partera. Para la mujer, el ser médico en si ya significa no respetar las individualidades de la paciente. Parece que romper las relaciones de poder o transformar esta relación en una relación más igualitaria, es inviable para la parterista en la relación con el profesional médico.

Las informantes apuntan a ser imposible recibir respeto de los médicos en un momento en que, por la reducción neocortical, ellas se pueden comportar de manera inesperada, el sonido, el grito como expresión máxima de una animalidad que es profundamente rechazada en el ambiente hospitalario. La opción por el domicilio surge, entonces, en parte, por la certeza de que no será posible tener un ambiente que le permita vivir el proceso del parto sin intervenciones.

La revelación de las relaciones sociales se da con la clarificación de ese discurso de que las mujeres no solamente tienen conocimiento relacionado con la economía y administración doméstica, pero, sobre todo, de la demostración de que ellas deben ser reconocidas y percibidas como detentoras de un conocimiento científico y técnico que ultrapasa principalmente las funciones de madre y de cuidadora del hogar.

Esa nueva visión de mundo o del mundo descubierto da soporte para que la mujer pueda diferenciar el mundo doméstico y el mundo del trabajo intelectual para, así, hacer la diferencia y establecer las convergencias y divergencias entre su estilo de vida y su modo de pensar y actuar en su destino, lo que significa toma de la consciencia política⁽¹⁹⁾.

Esa toma de consciencia política sirve en la desconstrucción de la dicotomía establecida entre el saber intelectual masculino y el saber doméstico femenino, propios de la filosofía pa-

triarcal y dominante de la ideología "machista", que se traduce por la comprensión popular de que el hombre es fuerte y es el jefe de la familia, y la mujer es frágil y es la cuidadora del hogar y de la familia. Estos saberes y prácticas dominantes producen exclusión y subordinación, que, en este estudio, fueron de cierta forma rechazados⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La vivencia del parto domiciliario otorga a las mujeres la autoridad necesaria de quien posee conocimiento a partir de la práctica. Esta asertiva tiene fundamento en un análisis de los datos a la luz del abordaje metodológico de la EI. La idea es la de que esa ofrece un recurso de conocimiento para las personas que quieren trabajar por una sociedad más justa. En todos los lugares y momentos de la vida cotidiana, existe una relación social de la cual el ser humano participa sin, sin embargo, tener consciencia de eso.

Esta investigación tuvo como aspecto innovador, la revelación del proceso de opción de mujeres que construyeron con esfuerzo el derecho de vivenciar su proceso de parto domiciliario, en el ambiente que les ofrece seguridad en el municipio de Rio de Janeiro/Brasil.

El proceso tiene inicio a partir del acceso a la información. Son distintas cadenas de información: individual, contacto personal y en redes sociales en internet. Una información diversificada y calificada, con origen en la experiencia de otras mujeres, un conocimiento empírico y también un conocimiento científico. Las mujeres pasan por un intercambio de saberes/prácticas. El parto domiciliario es, en nuestro estudio, una opción construida a lo largo de la gestación, la opción por el domicilio es espontánea, consistente, pertinente y oportuna.

REFERÊNCIAS

1. Feyer ISS, Monticelli M, Volkmer C, Burico RA. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre o parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1):247-56.
2. Milfont PMS, Silva VM, Chaves DBR, Beltrão BA. Quality of care and satisfaction of women with natural childbirth: exploratory study. *Braz J Nurs.* [cited Jan 01 2013] 2011, 10(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493/1099>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de informação de saúde (Série G. Estatística e informações em Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Indicadores de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde; 2010.
5. Jonge A, Goes VD, Ravelli AC, Amelink-verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529n688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG.* 2009; 116(9): 1177-84.
6. Boucher D, Bennett C, Macfarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(2):119-26.
7. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, Hillegersberg J, et al. A perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ.* 2010; 341(5639):1-8.
8. Birthplace in England Collaborative Group (England). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ.* 2011; 24(343):7400-16.
9. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo; 2011.
10. Malheiros PM, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2):329-37.
11. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child

- health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377 (9780):1863-76.
12. Vêras RM. Etnografia institucional: conceito, usos e potencialidades em pesquisas no campo da Saúde. *Sau & Transf Soc*. 2011; 1(2): 58-66.
 13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
 14. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União Poder Executivo* 12 dez 2012; seção 1.
 15. Smith DE. *Institutional ethnography: a sociology for people*. Toronto: Altamira Press; 2005.
 16. Colacioppo PM, Kiffman M, Riesco MLG, Schneck C, Osava R. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev de Enf Ref*. 2010; 3(2): 81-90.
 17. Smith DE. *Institutional ethnography as practice*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2006.
 18. Lagomarsino BS, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(3): 688-94.
 19. Ministério da Saúde (Brasil). *Atenção a saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – cuidados gerais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
 20. Mccourt, C. *Childbirth, midwifery and concepts of time*. [s.l.]:Berghahn Books; 2009.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 22/01/2013

Revisado: 19/03/2014

Aprobado: 15/04/2014