



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Motivaciones para el parto domiciliario planeado: estudio descriptivo exploratorio

Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues¹,
Lorena Vicentine Coutinho Monteschio¹, Eliana Cismer²,
Maria das Neves Decesaro¹, Deise Serafim¹, Sonia Silva Marcon¹

1 Universidad Estadual de Maringá

2 Servicio de Asistencia al Parto Domiciliario y Hospitalario – Semilla

RESUMEN

Objetivo: aprender las motivaciones que llevaron a las parejas a optar por el parto domiciliario planeado.

Método: estudio descriptivo exploratorio, de abordaje cualitativo, con ocho parejas que optaron por el parto domiciliario, indicados por los profesionales que trabajaron en la asistencia al parto entre 2014 y 2016. Los datos se colectaron entre julio y agosto de 2016, por medio de entrevistas grabadas, transcritas en la íntegra y sometidas al análisis de contenido. **Resultados:** emergieron tres categorías: “Miedo de perder la autonomía en el ambiente hospitalario”, “Sentimiento de seguridad en el parto domiciliario” y “El apoyo y la valorización del compañero”. **Conclusión:** la opción por este local de parto está vinculado al deseo de la mujer de tener un parto natural, cuando el embarazo no tiene complicaciones, además de que el miedo del ambiente hospitalario promovió la búsqueda por el parto domiciliario planeado con el apoyo del compañero. El empoderamiento femenino se mostró fundamental para que las parejas debatieran y afirmaran su elección.

Descriptor: Parto Domiciliario; Parto Normal; Parto Humanizado; Relaciones Familiares.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres brasileñas buscan en el parto domiciliario planeado (PDP) una alternativa al escenario de asistencia obstétrica actual, que se destaca por el exceso de cirugías cesarianas y por el parto vaginal hospitalario acompañado de diversas intervenciones. La elección de este *locus* generalmente envuelve toda la estructura familiar, pues en la cultura popular el PDP aún no está reconocido y se conoce poco sobre él⁽¹⁾.

El modelo de atención obstétrica en Brasil se configura por ser hospitalocéntrico, mecanicista y medicalizado, exponiendo a la madre y al bebé a mayores riesgos de morbilidad y mortalidad, lo que aumenta innecesariamente los gastos con la salud⁽²⁾. En el año 2016, cerca de 98% de los partos en Brasil ocurrieron en el ambiente hospitalario⁽³⁾, y este puede ser palco de violencia institucional y violación de los derechos de la mujer y del niño⁽²⁾.

Contraponiéndose a este modelo, el PDP está sobresaliéndose por integrar prácticas más humanizadas al parto y nacimiento, respetando la fisiología y las elecciones de la mujer. Países como Holanda, Canadá, Estados Unidos, Dinamarca, Suecia, Irlanda, Nueva Zelanda y Australia no solo reconocen tal práctica, sino que también la incentivan. Esto ocurre debido a sus concepciones, que buscan separarse de la medicalización y de la tecnología obstétrica que desconsideran las especificidades de cada mujer, además de conferir menor riesgo a eventos adversos cuando se compara a la atención realizada en el ámbito hospitalario⁽⁴⁻⁶⁾.

En este sentido, parto y nacimiento son vislumbrados como acontecimientos que modifican la vida de las familias y generalmente presentan riesgo habitual⁽²⁾. Esta percepción encoraja la elección del domicilio para el parto,

pues las parejas comprenden que este ambiente les permite mayor autonomía, participación activa de los familiares⁽⁴⁻⁵⁾ y seguridad, porque al tratarse de un PDP, existe el apoyo integral e individualizado de los profesionales y si es necesario, el soporte de *backup* con el médico y el servicio especializado de referencia⁽⁵⁾.

El enfoque de las discusiones de este estudio se establece en los cuestionamientos acerca del PDP, dirigido a las percepciones vinculadas a la pareja. Delante de lo expuesto, se estableció como objetivo: aprender las motivaciones que llevaron a las parejas a optar por el PDP.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, de naturaleza cualitativa, realizado en un municipio de la región Sur de Brasil y que aborda la experiencia de ocho parejas que optaron por la realización del PDP, entre los meses de marzo de 2014 y marzo de 2016.

El PDP en este municipio se realiza desde 2012, por enfermeras, siendo que dos tienen especialización en obstetricia y una en neonatología. Cuenta también con un médico que no actúa en domicilio sino como referencia para los casos de complicaciones. El trabajo desarrollado por este equipo envuelve el acompañamiento durante todo el prenatal, con atendimento individualizado para la pareja en el domicilio y en grupos de embarazadas. Se destaca que este acompañamiento es paralelo al realizado por el médico que la embarazada escoja, con consultas y exámenes.

En el transcurso del trabajo de parto y parto, el equipo va al domicilio escogido para el parto, con el soporte técnico necesario, que incluye materiales para emergencias o complicaciones y para alivio del dolor, como pelota, banqueta

y masajeador. En este período, se proporciona apoyo físico y emocional centrado en la familia. El acompañamiento domiciliario sigue en el puerperio inmediato, tanto para la mujer como para el recién nacido.

Los informantes fueron ocho madres y cinco padres localizados de forma intencional, a partir de la indicación de las enfermeras que realizan este servicio o de los propios participantes. Se destaca que, antes del inicio, las enfermeras contactaron a las parejas para informarles sobre el estudio y verificar si estaban de acuerdo en participar. En caso positivo, las investigadoras realizaron contacto telefónico para explicitar el objetivo del estudio, solicitar la participación voluntaria y anónima y combinar el día y el local para un encuentro presencial. De los contactos realizados hubo solamente una negativa, debido a la mudanza de ciudad. Tres compañeros no pudieron participar por indisponibilidad de horario.

Los datos fueron recolectados en los meses de julio y agosto de 2016, a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en el local escogido por los participantes, siendo una en la universidad, otra en una cafetería y las demás en los domicilios. Ellas tuvieron duración media de 50 minutos y fueron audio-grabadas tras consentimiento y posteriormente, transcritas en la íntegra. Dos autoras realizaron las entrevistas, ambas enfermeras, siendo que la entrevistadora principal tenía experiencia en salud materno-infantil y entrenó a la segunda que era recién graduada. Una participante conocía a entrevistadora principal por su participación voluntaria y esporádica en los grupos de embarazadas.

Con la intención de resguardar la identidad de los deponentes, cada familia recibió un número, atribuido conforme el orden de las entrevistas. Posteriormente, se editaron las declaraciones para retirar los vicios de lenguaje

y los errores gramaticales, para conferir mayor fluidez a la lectura de los discursos, sin alterar su sentido y contenido⁽⁷⁾.

Las declaraciones se sometieron al análisis de contenido, modalidad temática, siguiendo las fases operacionales fundadas en la: constitución del corpus, lectura fluctuante, exploración del material, composición de las unidades de registro correspondiente a la unidad de significación (recorte de las declaraciones), con posterior clasificación para componer las categorías según criterio semántico, o sea, los contenidos con sentidos semejantes fueron agrupados, lo que culminó en categorías temáticas⁽⁷⁾. Las entrevistas originaron 90 unidades de registros. A partir del agrupamiento temático, se formaron 17 subcategorías y finalmente emergieron tres categorías, conforme la Figura 1.

El estudio se desarrolló de acuerdo con las directrices disciplinadas por el Consejo Nacional de Salud/Ministerio de Salud, por medio de la Resolución nº 466/12⁽⁸⁾. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en Pesquisas Envolviendo Seres Humanos (COPEP) con el parecer nº 1.636.468, el día 14 de julio de 2016.

RESULTADOS

Participaron del estudio 13 personas, siendo ocho madres y cinco padres, todos con nivel superior completo. La media de edad de las madres y de los padres fue de 30 y 33 años, respectivamente. Entre las madres, solo una era primípara, dos habían tenido partos cesáricos, dos partos vaginales hospitalarios, dos partos domiciliarios y una había tenido un parto vaginal hospitalario y otro domiciliario.

Tras la lectura extenuante del material, emergieron tres categorías, descritas a seguir.

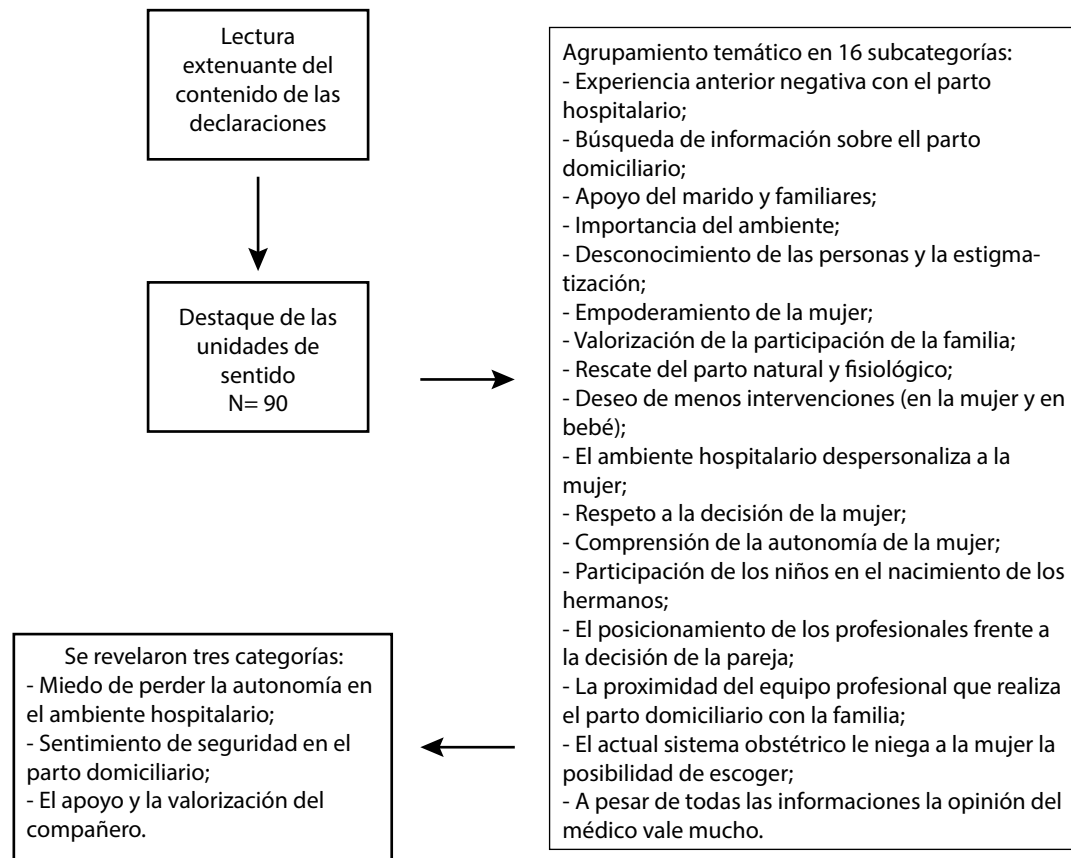


Figura 1. Organograma explicativo sobre el proceso de definición de las categorías temáticas. Municipio del Sur de Brasil, 2016

Miedo de perder la autonomía en el ambiente hospitalario

El miedo de perder la autonomía en las decisiones sobre el proceso de parir estuvo presente tanto en las declaraciones de las mujeres que habían tenido partos anteriores como en las que no tenían hijos. De acuerdo con ellas, el ambiente hospitalario se mostraba hostil, lo que desencadena ansiedad y principalmente miedo de no tener libertad suficiente para decidir las cuestiones relativas a su propio cuerpo y al nacimiento de su hijo. También muchas se preocupaban con la falta de respeto a sus opciones, además de la imposición de rutinas hospitalarias o intervenciones obstétricas que no coincidían con el deseo de la pareja.

En el hospital fue pésimo. No respetaron mi deseo, no pude quedarme en la posición que yo quería. (Madre 01)

Ellos (profesionales) nos mandan a acostar boca arriba, que es la peor posición del mundo cuando estas teniendo contracciones. (Madre 02)

Creo que la cuestión de ser un ambiente más hostil, de tener tantas intervenciones, un ambiente que no inspira confianza, en verdad, es extraño hablar eso, pero es así, creo que es la principal justificativa. (Madre 05)

El problema es que yo no quería más intervenciones, es por eso que quería en casa, porque sabía que estaría más susceptible a ellas en el hospital debido a la primera experiencia. (Madre 08)

La falta de preparación de los profesionales para lidiar con la pareja en un momento repleto de expectativas y emociones genera frustraciones en los padres.

Fue mucha instrucción equivocada, todo momento entraba una enfermera diferente queriendo examinarme o diciéndome que hiciera fuerza cuando no era para hacer. (Madre 02)

Los profesionales no sabían ofrecerme ningún tipo de alivio para el dolor; no había una pelota ni una ducha para entrar. (Madre 03)

Particularmente no me gusta la relación de las enfermeras con el paciente, en el hospital, esta cosa tan fría, tan impersonal y como esto impacta en mí! (Madre 07)

Se identificó que las parejas que pasaron por la experiencia hospitalaria demuestran reconocer la importancia de un ambiente adecuado para el parto, lo que, a su modo de ver, no tuvieron oportunidad de experimentar, al contrario, algunos se sintieron desprotegidos. Otro aspecto intrigante se refiere a la forma en la que el hospital despersonaliza a la mujer y le realiza tratamientos rutineros e invasivos también al recién nacido.

En la hora que yo entré en el hospital las contracciones pararon. Me di cuenta como era aquel ambiente, las personas

preguntando mucha cosa, escribiendo en formularios e ¡incluso me dijeron que no podría comer o beber! Aquello me fue poniendo nerviosa. Me di cuenta de que para ellos (profesionales) lo normal era un parto lleno de intervenciones, tanto en mí como en mi hijo, ¡y yo ya había hecho mis elecciones! (Madre 04)

Nos quedamos solos, sin preparación, trancados en un cuarto y ella (esposa) tenía mucho dolor, yo me quedé muy asustado, para mí fue traumático. (Padre 03)

¡Experiencia ruin, en verdad, es en el hospital, donde te tratan como carne y no les importa nada tú! (Madre 01)

Llegué al hospital y enseguida empezaron: "Coloca este bata!". ¿Pero me iba a quedar en el pasillo del hospital en esa bata? ¡No quiero! ¡Allá nos tratan como si fuéramos un ET (extraterrestre)! (Madre 03)

Mi hijo no es un pollo, no quiero que él sea más uno en ese proceso productivo. Porque no van a hacer episiotomía, pero van a hacerle otros procedimientos en él (bebé) (Padre 06)

Sentimiento de seguridad en el parto domiciliario

Entre las motivaciones que llevaron a la realización del parto domiciliario, el sentimiento de seguridad se mostró fundamental. La confianza en los profesionales, la existencia de un embarazo sin complicaciones y la posibilidad de ser amparadas y recibir un apoyo y cuidado afectuoso se destacaron en las declaraciones de

las parejas. Vale resaltar que, mediante el deseo inicial de experimentar un parto más natural, las parejas buscaron más informaciones que pudieron fundamentar su elección. En este sentido, pasaron a participar de grupos de embarazadas alternativos, localizados a partir de la red social, para discutir posibilidades, los pros y los contras de esta experiencia con amigos e profesionales y en los medios sociales, lo que incluyó vídeos, filmes y artículos científicos.

Yo investigué y vi sobre el parto humanizado y ahí fue que encontré el grupo de embarazadas y fui atrás para informarme sobre eso, entré en el grupo y empecé a investigar. Si no investigas profundamente, no va a conseguir. (Madre 06)

Nosotros estudiamos mucho durante el embarazo, leímos muchos artículos, conversamos con muchas personas, ¡no fue una elección pasiva, fue muy estudiada! (Madre 04)

Empecé a desear de verdad el domiciliario cuando salió la película Renacimiento del parto. (Madre 08)

Buscamos el servicio de doulaje aquí en el municipio, y por intermedio de las chicas, conocimos el grupo de embarazadas, comenzamos a frecuentarlo y fue ahí que optamos por el parto domiciliario. (Madre 01)

El embarazo sin adversidades y el cuidado profesional de calidad respetoso y humanizado confrieron soporte a la opción.

Fue un embarazo tranquilo, no hubo nada, ninguna alteración, nada de

tensión, nada que no llevara a un parto tranquilo. La doula y la enfermera obstetra, fueron unos amores para mí. (Madre 06)

No vale la pena ir a un hospital para mí, solo valdría si hubiera un riesgo, esta es mi convicción, pero no había ninguno, realmente no había nada para salir mal, porque mi embarazo fue muy tranquilo.. (Madre 07)

Fue un embarazo de bajo riesgo. (Madre 05)

El equipo me apoyó, en todo, respetó todas las solicitudes que habíamos discutido antes y ¡fue maravilloso! Fue un parto con mucho respeto y mucho amor. (Madre 01)

Lo que hizo toda la diferencia fue la enfermera obstétrica, ¡ella fue óptima! Ella se quedó con nosotros todo el tiempo. (Madre 02)

El deseo de empoderamiento de la mujer fue un factor decisivo para idealizar la realización del parto en el domicilio, mientras que el apoyo del compañero y de otros familiares fue fundamental para concretizar lo que había sido idealizado.

¡Yo siempre quise, porque la decisión es mía al final de cuentas! (Madre 01)

Era una decisión mía. A partir de ahí todo el mundo la apoyó. (Madre 02)

Creo que es la mujer que pasa por todo el proceso. Entonces, es el deseo de ella, su sueño, entonces para mí fue

tranquilo. ¿Quiere hacerlo en casa?
Vamos a hacer en casa. (Padre 08)

Era una cosa bien natural para mí; mi madre nos tuvo de parto normal, mis abuelas, todo el mundo, entonces era una cosa bien natural pensar en eso. (Madre 05)

Nosotros siempre quisimos de la forma más natural posible. (Padre 06)

Mi esposa está muy ligada en la cuestión de nacer lo más natural posibles como que el domiciliario era el más humanizado. (Padre 04)

El apoyo y la valorización del compañero

A pesar de que la propuesta inicial partió de la mujer, el padre desempeñó un papel importante en todo el proceso, desde el embarazo hasta el momento del parto.

La participación de ellos (familia) fue indispensable, principalmente la de mi marido. ¡Él me apoyó en todo! La forma, el amor, el respeto, apoyo, todo eso. (Madre 01)

Él (marido) estuvo muy tranquilo, tuvo la sensibilidad, tanto en mi primer parto como en el segundo, ¡fue realmente mi apoyo! Él se sintió responsable por protegerme. (Madre 04)

En el parto humanizado, en ese que las muchachas (equipo que realiza el parto domiciliario) venían aquí en casa, participé en casi todo. Intenté acompañarla en todo el prenatal. ¡Nosotros

(hombres) tenemos que participar!
(Padre 03)

Las parejas manifestaron su contentamiento al vivir esta experiencia tan repleta de significados, emociones y sentimientos. Le atribuyeron a este momento un sentido de intensa conexión entre los pares. Incluso, afirmaron que, en la posibilidad de haber futuros hijos, optarían nuevamente por el parto domiciliario.

¡Yo le dije a mi esposa que se tuviéramos un tercer hijo, solo podría ser así! Porque todo se encaminó, el cuerpo de ella y de mi hija que se encargaron de todo. ¡Creo que hasta yo sería el partero! (risas) (Padre 04)

No está en mis planes un tercer hijo, pero si tuviera, lo tendría de nuevo aquí en casa. (Madre 03)

Creo que todos deberían pasar por ese momento. ¡Participar de todo eso fue único para mí! (Padre 06)

DISCUSIÓN

Las motivaciones que llevaron a las parejas a optar por el PDP fueron singulares, interrelacionadas y involucraron, entre otros aspectos, el miedo de perder la autonomía en el ambiente hospitalario, el sentimiento de seguridad en el domicilio y la necesidad del apoyo del compañero. En este contexto, entre las parejas que habían tenido un primer parto en el ámbito hospitalario predominaron expresiones sobre la necesidad de experimentar algo más natural, acogedor y respetoso en relación al cuerpo de la mujer y las necesidades del bebé. Los mismos deseos fue-

ron compartidos por los que no habían pasado por la experiencia. En los dos casos se observa la influencia de un estilo de vida marcado por hábitos más saludables y una historia familiar de parto (no planeado) en el domicilio. En esta perspectiva, el ambiente y sus características pueden facilitar u obstaculizar la evolución del parto. No obstante, a lo largo del tiempo, el parto pasó de un evento natural e fisiológico que ocurría en casa, generalmente acompañado por familiares, en algo patológico, repleto de intervenciones medicamentosas y quirúrgicas^(4,9-10). Este contexto lleva que las personas reconozcan el domicilio como sinónimo de calidez y seguridad, donde se respeta la autonomía de la mujer y la evolución del trabajo de parto ocurre naturalmente, sin amenazas de interrupciones externas⁽⁴⁻⁵⁾.

La necesidad observada por las mujeres se debe, principalmente, a las experiencias anteriores, que les produjeron la sensación de expropiación del propio cuerpo, además de basarse en un atendimento mecanicista, marcado por la ausencia de relacionamiento humano, empatía, toque y afectividad. Tal práctica despersonaliza a la parturiente, que en este momento se encuentra vulnerable, convirtiéndola en un objeto, incapaz de exponer sus deseos y derechos. Por tanto, la conducta pasiva de la pareja, regida por normas y condicionamientos impuestos por los profesionales, aliada a la práctica de medicalización del parto, a la imposibilidad de participación de la familia e, incluso a la restricción alimentaria, generan referencias traumáticas del parto en el ambiente hospitalario^(1,11). De esta forma, los efectos negativos del uso excesivo de tecnologías son inmensurables, pues una intervención no justificada desencadena muchas otras, cuyos resultados ni siempre son favorables al proceso de parto y nacimiento⁽⁴⁻⁵⁾.

El ambiente hospitalario fue definido por los entrevistados como un "lugar hostil", donde predomina una relación social que no contempla

las necesidades de las mujeres en su proceso de parir, haciendo que ellas se sientan excluidas de algo que naturalmente les pertenece⁽¹²⁾. Por eso, la experiencia traumática constituyó una de las principales justificativas que impulsaron la búsqueda por algo que les proporcionara otro sentido sobre el parto. El temor relacionado al ambiente hospitalario también fue identificado en un estudio realizado en Sierra Leona, en el que se constató que entre la población residente en el área rural y de baja renta, el miedo de sufrir humillaciones y violencia obstétrica constituyeron los principales motivos para optar por el parto realizado por parteras y en el domicilio^(2,12).

En este sentido, las parejas buscan informaciones sobre un tipo de parto que atienda a sus necesidades y anhelos, especialmente en relación a los principios de humanización y seguridad para el dúo madre-bebé⁽⁵⁾, y que también respalden sus elecciones. En este asunto, sus búsquedas son efectivas porque existen evidencias de que en un embarazo de riesgo habitual, parir en casa representa menores riesgos para la mujer y el niño⁽⁴⁻⁵⁾.

Los relatos muestran que la toma de decisión estuvo mediada por la búsqueda de informaciones, para sanar sus dudas y curiosidades relacionadas a los paradigmas que cercan el parto domiciliario. Por lo tanto, el acceso a informaciones consistentes y con base científica, asociado al relato de las experiencias positivas vividas por otras personas, aunque sean desconocidas, y la opinión de profesionales y personas de confianza, fue esencial para que la pareja concretizase la opción por este local de nacimiento. Este comportamiento corrobora lo que ha sido identificado en la literatura⁽¹²⁾. Se destaca que cuando las personas tienen un estilo de vida más natural y condiciones socioeconómicas que permiten que arquen con los costes, compartir las experiencias bien sucedidas constituye el elemento propulsor para que deseen un parto

singularizado y pleno, además de conferir mayor seguridad y bienestar⁽⁴⁾.

El deseo de rescatar la capacidad natural del cuerpo femenino para la realización del parto natural, tan deseado y benéfico para la madre y el bebé, también constituyó escopo de las motivaciones para elegir el local de parto. Realmente, las mujeres anhelan que se les respeten sus especificidades, sus cuerpos y su fisiología del parto y nacimiento⁽⁵⁾. En este aspecto, se destaca que a pesar de que los resultados positivos se atribuyen a este modelo de atención al parto, características y actitudes de las mujeres, como determinación y cultura, también desempeñan un papel relevante. Sin embargo, es el “*empowerment*” que les permite debatir y firmar sus elecciones^(2,13).

Este empoderamiento se construye antes del embarazo, a medida que la mujer toma para sí la responsabilidad de garantizar su salud reproductiva, de adoptar decisiones responsables, exigir sus derechos y abogar por cambios de paradigmas relacionados a su papel en la sociedad⁽²⁾. Estas convicciones vuelven a la mujer más confiada y mejor preparada para el nacimiento de los hijos, proporcionándole el sentido de control sobre su destino, así como la participación activa en la toma de decisión relacionada a sus experiencias^(2,9,14).

En este sentido, les corresponde a los profesionales de salud auxiliar a las mujeres en el proceso de decisión sobre el tipo de parto, valorizando sus elecciones, y respetando sus derechos, autonomía, cultura y creencias. También es de la competencia de los profesionales promover un cuidado centrado en las necesidades de la mujer en el período gravídico puerperal, trascendiendo abordajes contractuales en el relacionamiento profesional-cliente, en el lugar de meramente considerar el patrón legal de consentimiento informado como instrumento de autonomía de las personas^(9,12,15).

Para las parejas en estudio, la opción por el PDP estuvo personificado por la mujer, pero sus compañeros concordaron, apoyaron y compartieron su decisión. Relataron que a respecto del deseo de la compañera, ellos comprendieron que la autonomía sobre el cuerpo femenino le corresponde a la mujer, y que el papel fundamental del compañero en esos casos, consiste en ofrecerle apoyo y seguridad⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. El apoyo del compañero se mostró fundamental para que se concretizara el nacimiento en el ambiente familiar y contribuyó para vivir plenamente los sentimientos relacionados al parto.

Este hallazgo revela el inicio de los cambios en los paradigmas y papeles desarrollados por los hombres y mujeres en la sociedad brasileña, pues en algunos países, el género limita el derecho de que las mujeres opten por el tipo y local del parto^(2,12).

En esta perspectiva, además de los beneficios conferidos a la salud de la madre y del bebé, el domicilio posibilita mayor involucramiento, no solo de los padres sino también de los otros miembros de la familia. Los hallazgos comprueban la hipótesis de que el ambiente doméstico contribuye al fortalecimiento de las relaciones sociales, rescatando el protagonismo de los individuos durante el parto⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Esto es posible porque este local integra los componentes que remiten a la acogida y a la calidez, a la familiaridad y al sentimiento de seguridad, estimulando a las mujeres a que expresen sus necesidades y a que sean auténticas en su comportamiento. Entonces, este ambiente induce a los profesionales a adecuar la asistencia a la familia, haciendo las prácticas de salud más humanizadas y holísticas^(10,11).

Otro aspecto importante, pero que suele sufrir negligencia se refiere al efecto positivo de esta experiencia sobre los nacimientos futuros. Al experimentar el parto en el ambiente domiciliario, las mujeres tienen la condición de

planear, con mayor propiedad y seguridad, los partos futuros, reduciendo la posibilidad de intervenciones innecesarias⁽¹⁹⁾.

Finalmente, el “hecho de parir” se volvió un rito de pasaje que, cuando ocurre en casa, permite que la mujer y su familia tengan una experiencia singular, marcada por el fortalecimiento de los vínculos familiares y el sentimiento de plenitud y satisfacción con el éxito del evento. Y para las mujeres con experiencia anterior en el ambiente hospitalario, el parto domiciliario le permite que supere sus decepciones y miedos, así como la autoafirmación sobre algo que le dijeron que era incapaz de realizar^(18,11).

Vale resaltar que las parejas entrevistadas tenían características sociodemográficas semejantes, pero a la vez distintas de la mayoría de la población, pues tenían condiciones socioeconómicas y escolaridad elevadas. Esta particularidad favorece que se elija esa asistencia, ya que su coste es elevado y todavía no se ofrece en los servicios públicos de salud en Brasil. Sin embargo, sus resultados pueden contribuir para mejorar la asistencia obstétrica, porque muestra que el deseo de un parto domiciliario se desencadena, en parte, por el descontentamiento y la frustración con la experiencia hospitalaria anterior, marcada por la impersonalidad, la falta de respeto a la autonomía femenina y a la imposición de intervenciones y rutinas.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que las motivaciones de las parejas que optaron por el PDP se relacionaron inicialmente al miedo que la mujer tiene de perder la autonomía sobre el propio cuerpo en el ambiente hospitalario - motivada o no por una experiencia traumática y a su deseo de vivir un parto singular y natural. El deseo inicial se fortalece con el apoyo del

compañero y se consolida a partir del acceso a informaciones que muestran los resultados benéficos de esta experiencia, la constatación de un embarazo sin complicaciones, la confianza en el equipo que acompaña la pareja en esta trayectoria y finalmente, por el empoderamiento femenino para concretizar la elección. Se destaca que todas las familias se mostraron satisfechas con la experiencia.

Los datos también refieren la necesidad que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros que realizan el cuidado estén atentos a las especificidades de la pareja, que respeten su autonomía, elecciones, cultura y creencias, para poder realizar un cuidado que abarque las reales demandas de estas familias, incorporando la visión holística y humanizada en la asistencia ofrecida durante el proceso de reproducción.

Se sugiere que futuras investigaciones aborden a los profesionales de salud, para que creencias, perspectivas, temores y estigmas en relación al PDP puedan discutirse mejor y de este modo, subsidiar una actuación obstétrica diferenciada y así poder proporcionar esta experiencia a un mayor número de familias.

CITAS

1. Lino HC, Diniz SG. “You take care of the Baby’s clothes and I take care of the delivery” – Communication between professionals and patients and decisions about the mode of delivery in the private sector in São Paulo, Brazil. *J Human Growth Develop.* [Internet], 2015 [cited 2016 ago 28]; 25 (1): 117 - 124. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96825>
2. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadro JS. Women’s autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 38 (1): e64677. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>

3. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Brasília [s.d.]. [Acesso em 13 de março de 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>
4. Lindgren HE, Nässen K, Lundgren I. Taking the matter into one's own hands—women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*. [Internet], 2017. [acces in 2018 mar 14], 11: 31 – 35. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
5. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the hanami team in the south of Brazil, 2002-2012. *Texto Contexto Enferm*. [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 26 (1):e3110015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>
6. Sowden JM, Tilden EL, Snyder JSN, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med*. [Internet], 2015. [cited 2016 ago 23]; 373 (27): 2643 – 53. doi: <http://10.1056/NEJMsa1501738>
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Ed. Revista Ampliada; 2011.
8. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF; 2012. [Acesso em 24 de jun de 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Borghei NS, Taghipour A, Roudsari RL, Keramat A, Noghabi HJ. Predictors of Prenatal Empowerment Among Iranian Pregnant Women. *Electronic Physician*. [Internet], 2016. [cited 2016 nov 02]; 8 (9): 2962-2969. doi: <http://dx.doi.org/10.19082/2962>
10. Van Haaren-ten Haken MT, Hendrix M, Smits LJ, Nieuwenhuijze MJ, Severens JL, Vries RG, et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Internet], 2015. [cited 2016 out 13]; 15 (33): 1-9. doi: <https://10.1186/s12884-015-0455-x>
11. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Birth plan as a female empowerment strategy. *Rev baiana enferm*. [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 31(4): e20275. doi: <https://10.18471/rbe.v31i4.20275>
12. Treacy L, Bolkan HA, Sagbakken M. Distance, accessibility and costs. Decisionmaking during childbirth in rural Sierra Leone: A qualitative study. *Plos One*. [Internet], 2018. [cited 2018 mar 14]; 13(2): e0188280. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188280>
13. Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir AO, Hildingsson I, Ingversen K, et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Internet], 2016. [cited 2016 out 13]; 16 (196): 1-8. doi: <https://10.1186/s12884-016-0990-0>
14. McCalman J, Searles A, Bainbridge R, Ham R, Mein J, Neville J, et al. Empowering families by engaging and relating Murri way: a grounded theory study of the implementation of the Cape York Baby Basket program. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]; 2015. [cited 2016 nov 02]; 15 (119): 1-13. doi: <https://10.1186/s12884-015-0543-y>
15. Gaucher N, Payot A. Focusing on relationships, not information, respects autonomy during antenatal consultations. *Acta Paediatrica*. [Internet], 2017. [cited 2018 mar 14]; 106: 14–20. doi: <http://10.1111/apa.13590>
16. Martínez-Molla T, Ruiz CS, González GS, Sánchez-Peralvo M, Méndez-Pérez G. The father's decision making in home birth. *Invest Educ Enferm*. [Internet], 2015. [cited 2016 ago 27]; 33(3): 573-583. doi: <https://10.17533/udea.iee.v33n3a22>
17. Sodré TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciênc. cuid. saúde*. [Internet], 2012. [Acesso em 28 de agosto de 2016]; 11(supl.): 115-20. doi: <https://10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17062>
18. Castro CM. The meanings of planned home birth for women from the municipality of Sao Paulo. *Cad. Saúde Colet*. [Internet], 2015. [cited 2016 ago 24]; 23 (1): 69-75. doi: <http://10.1590/1414-462X201500010012>
19. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. How Do Pregnancy and Birth Experiences Influence Planned Place of Birth in Future Pregnancies? Findings from a Longitudinal, Narrative Study. *Birth*. [internet],

2015. [cited 2016 out 13]; 42 (2): 141-148. doi:
<http://10.1111/birt.12149>

Recibido: 10/11/2016
Revisado: 13/03/2018
Aprobado: 12/03/2018

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