

UNA APROXIMACIÓ AL CONCEPTE DEL PART “NATURAL”.

Els discursos de les llevadores i de les dones
embarassades.

TREBALL FINAL DE GRAU EN ANTROPOLOGIA SOCIAL I CULTURAL

Sara Vives Álvarez
svives@gmail.com

CURS 2013-2014

Tutora: Dra. Silvia de Zordo
UNIVERSITAT DE BARCELONA

RESUM:

L'objectiu d'aquest article és la comprensió i l'anàlisi dels discursos que les llevadores, professionals del procés reproductiu, tenen del part i, particularment, del part "natural". Tot i que hi ha organitzacions mèdiques nacionals i internacionals que defineixen els diferents tipus de part, cada llevadora té diferents experiències i discursos entorn al part, que poden coincidir o no amb les definicions dominants. És per això que pretenc analitzar i discutir les ambigüitats, o bé similituds, que sorgeixen en el maneig dels conceptes del part per part de les llevadores amb experiències i formació diferent, comparant en particular les que treballen en hospitals i les que assisteixen parts a casa. A banda d'aquest col·lectiu de professionals, també analitzo les representacions del part que tenen algunes dones amb perfils i expectatives respecte el part diferents, però que totes elles assisteixen a un mateix curs de preparació al part "natural". Finalment, s'analitza la transmissió dels discursos d'aquestes sessions de preparació al part "natural", i la seva apropiació per part de les dones que participen a cursos.

PARAULES CLAU:

Reproducció, part natural, embaràs, llevadores, atenció, risc, salut.

ÍNDEX

1. Introducció.....	3
2. Contextualitzant el tema i el camp d'investigació.....	5
3. Definint els conceptes de part "normal" i part "natural"	7
4. Quin lloc ocupa el risc del part en els discursos de les llevadores?	10
5. Cap a un part més "respectat": els plans de naixement.....	13
6. Representacions respecte el part de les dones embarassades	16
7. Algunes conclusions.....	18
8. Bibliografia.....	20
ANNEX – Quadre del perfil de les entrevistades.....	22

1. Introducció

Durant el curs passat (2012-2013) vaig estar investigant sobre les classes de preparació maternal que es realitzaven al meu poble (Sant Celoni), per poder copsar com es construïa el discurs entorn el part. D'aquesta breu aproximació, podria destacar i extreure la idea general que s'intentava fer arribar a les futures mares: intentar tenir un part "el més "natural possible". És a partir d'aquí on neix la meua curiositat i el que marcarà tota la meua investigació entorn al part, i concretament al part "natural".

Organitzacions internacionals, associacions i organitzacions científiques han definit, i intentat legitimar el que s'hauria d'entendre com a part "normal" (com per exemple, l'OMS, la FAME o la SEGO, entre d'altres) definit com a "procés fisiològic únic amb el qual una dona finalitza la seva gestació a terme, (...), el seu inici és espontani, es desenvolupa i acaba sense complicacions, culmina amb el naixement i no implica més intervenció que el recolzament integral i respectuós del mateix" (FAME, 2007: 12). Respecte al part "natural" la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en fa referència mitjançant la creació del concepte de "part no intervingut", entenent que un part que compleix les característiques d'un part normal, ha de ser assistit sense la utilització de procediments terapèutics que alterin la seva fisiologia (SEGO, 2008). L'Associació el Parto es Nuestro defineix un part natural com "aquell part en el qual es respecten els temps normals de la dona i el nen que va a néixer. En el qual no es realitzen intervencions innecessàries ni s'apliquen protocols rutinaris per sistema" ([Asociación el Parto es Nuestro](#)).

Per poder apropar-me a aquests conceptes de forma empírica, vaig decidir centrar-me en un col·lectiu de professionals concret implicat en el procés reproductiu i en el part en particular. Aquest col·lectiu, al qual vaig realitzar entrevistes¹, van ser les llevadores. Aquesta decisió la vaig prendre perquè són les professionals especialistes en la fisiologia del part, i les capacitades per assistir al desenvolupament del part de baix risc i el que transcorre amb normalitat (OMS, 1996).

Amb la idea d'obtenir un ventall ampli de la utilització del concepte del part "natural", vaig optar per buscar dos perfils, a priori, diferents de llevadores. Això em permetria fer una comparació en els seus discursos, si és que es donava el cas. Les meves

¹ Totes les entrevistes, tant amb les llevadores com amb les dones i parelles embarassades (realitzades entre el 6 de febrer i el 24 d'abril de 2014), van ser semi-estructurades. Vaig preparar-me un llistat de temes i preguntes principals que volia tractar, però deixant també preguntes obertes, per tal de donar l'oportunitat als informants de matisar i profunditzar més algunes respostes i entrellaçar alguns temes.

informants han estat, doncs, llevadores totes elles, però professionalment dedicades a dos àmbits diferents: cinc d'elles són llevadores hospitalàries, que actualment treballen a un CAP (Centre d'Assistència Primària)²; i per altra banda, tres llevadores que es dediquen a l'assistència als parts a casa³.

La decisió d'escollir a llevadores que realitzen parts domiciliaris va venir arrel de l'altra part del meu treball d'investigació. Els primers mesos de la meua investigació (de novembre de 2013 a febrer del 2014), vaig estar portant a terme un treball de camp⁴ a un curs de preparació al part al *Centre de Salut Familiar Marenostrum*, centre on la seva preparació està enfocada a "un part digne, natural y respectuós" ([Marenostrum](#)). En aquest centre se't proporciona la possibilitat de tenir el part a casa. No obstant això, no totes les parelles que assisteixen a *Marenostrum* tenen la intenció de tenir un part a casa, sinó que molts d'ells hi van per informar-se i preparar-se d'un part "natural" i "respectat". Per aquest motiu, vaig veure pertinent, entrevistar també a les dones⁵ que assistien al curs de preparació al part de *Marenostrum*, per tal de saber com les seves idees respecte al part "natural" es modificaven o no amb les diferents sessions del curs. Vaig tenir la sort de poder entrevistar a quatre d'elles, quan encara estaven embarassades, tres de les quals havien decidit tenir el seu nadó a l'hospital, i una que el tindria a casa seva.

Així doncs, el principal objectiu d'estudi d'aquesta investigació és la comprensió i l'anàlisi dels discursos que les llevadores tenen del part, i concretament del part "natural". Un altre objectiu és analitzar la transmissió d'aquests discursos i la seva apropiació per part de les participants a aquests cursos de preparació al part "natural". Com defineixen el part "natural" les llevadores i com el defineixen les dones embarassades? Tenen, les llevadores, una actitud crítica respecte el part medicalitzat, hospitalitzat? I les dones? Tenen una actitud crítica sobre els discursos de les

² La gran majoria d'elles han alternat el CAP (ambulatori) amb l'assistència hospitalària. Al no haver proposat cap consentiment informat, considero apropiat mantenir el seu anonim, d'aquesta manera, utilitzaré pseudònims al llarg de tot l'article. Excepte el de la Griselda, que em va demanar que el seu nom real hi figurés a l'article.

³ La Vanessa és llevadora de *Marenostrum*, centre on vaig realitzar el meu treball de camp. La Bàrbara ha treballat també a *Marenostrum*, però actualment ja no. Finalment, la Pepi és una llevadora de *Titània-Tascó*, una cooperativa que també ofereix la possibilitat d'assistència al part a casa. Els noms de Vanessa i Pepi són noms reals, ja que així m'ho van demanar. Mentre que el de Bàrbara és un pseudònim, ja que no vaig proposar-li cap consentiment informat, i per tant, mantinc el seu anonim.

⁴ Vaig estar fent observació participant a les 9 sessions d'un grup tancat de preparació al part "natural" de *Marenostrum*, de dues hores cadascuna (els dimarts a la tarda, de 19h. a 21h. del vespre).

⁵ Les quatre dones embarassades entrevistades em van signar un consentiment informant on estaven d'acord en renunciar a l'anonimat. Per això, no utilitzaré cap pseudònim per elles al llarg de l'article.

llevadores? Quin és el paper que juga el risc en el part? A través del meu treball de camp i de l'anàlisi de la meua etnografia he intentat contestar a aquestes preguntes i analitzar i discutir les ambigüitats que sorgeixen en el maneig dels conceptes del part per part de les llevadores amb experiències i formació diferent i també de dones amb perfils i expectatives respecte el part diferents.

2. Contextualitzant el tema i el camp d'investigació

Les definicions del part, per part del col·lectiu de llevadores investigat, varien significativament segons la seva formació i depenen de l'àmbit laboral en el qual treballen. Malgrat les diferències que s'aprecien en els discursos de les llevadores entrevistades, que més endavant analitzaré, moltes d'elles coincideixen en considerar que és un error que el part sovint es percebi com una anomalia de la salut, la qual cosa porta a ser tractat als hospitals. La Sònia⁶, una llevadora que ha estat assistint parts durant 4 anys en un hospital públic de Barcelona, comenta que "hi ha moltes dones que es consideren pacients: "(...) la gent ve a l'ambulatori, que és on vens quan estàs malalt, te'n vas a parir a l'hospital que és on vas quan realment tens un problema de salut, ja més greu..." (Sònia). Una altra informant ha portat a terme la seva formació a Anglaterra. Ella percep que aquesta concepció del part com un fenomen que ha d'estar tractat a l'hospital és una idea que està molt present a Espanya, però que es diferencia molt dels països del nord d'Europa:

(...) porqué aquí, la idea es que una mujer embarazada es una mujer con una cosa un poco mala, ¿no? Es no buena salud. Y también parto es peligroso. Esta es la idea. Es completamente diferente de la idea del norte de Europa (Bárbara/Llevadora domiciliaria).

Aquest fet que assenyalen les llevadores és una conseqüència del procés de medicalització dels serveis de maternitat que, a finals del segle XIX, va començar a atendre els parts als hospitals quan es tractava d'un part complicat. En ple segle XX, però, aquesta medicalització passà a ser un fenomen globalitzat, en el qual l'assistència al part normal es va traslladar de l'interior de les llars a una sala d'hospital, justificant-se en les millores en la seguretat i en els resultats obstètrics. D'aquesta manera, segons Biurrun-Garrido, "es començà a valorar la gestació des d'una perspectiva fonamentada en un model tecnocràtic, paternalista i autoritari" (Biurrun-Garrido, 2013:63). Des d'una perspectiva feminista, es considera que aquesta medicalització comportà un

⁶ Veure Annex. En aquest es proporciona un llistat amb les dades sociodemogràfiques de les llevadores i les dones embarassades entrevistades. A més, s'especifica la data de cada entrevista.

domini mèdic en l'atenció del part, tot desposseint el control de la dona sobre el seu propi cos.

Amb aquest escenari, a la dècada de 1980 es van començar a qüestionar les praxis mèdiques, gràcies a algunes veus crítiques i a diversos moviments socials que influenciaren per fer un canvi de les idees dominants i que van calar l'imaginari col·lectiu (Biurrun-Garrido, 2013). En aquest procés de transformació hem d'assenyalar la importància que va tenir el moviment social feminista que des de la seva perspectiva va contribuir a canviar la mentalitat no només de les dones embarassades, sinó també dels professionals de la salut i de les cures (Arnau et al., 2012).

En el mateix període, la medicalització de la reproducció i del part han estat objecte d'interès de les ciències socials i nombrosos investigadors han començat a estudiar aquest fenomen, en particular, dins del camp de l'antropologia mèdica. Eduardo Menéndez (1992), que ha tractat sobre el tema de la medicalització, proposà tres models d'atenció, que són interessants en el context del part, ja que tant les dones embarassades com els professionals estan involucrats en l'atenció: el Model Mèdic Hegemònic (MMH), el Model Mèdic Alternatiu (MMA) i l'Autoatenció. El MMH, per la seva legitimitat ideològica i pràctica, és el que se situa, actualment, com a referència en l'atenció al naixement, tot i que coexisteix amb altres formes d'atenció (Montes, 2007). Algunes de les característiques que defineixen aquest model, segons Menéndez, són: relació asimètrica entre metge/pacient, biologisme, participació subordinada i passiva dels "consumidors", entre d'altres. El MMA consisteix en les pràctiques mèdiques considerades "tradicionals". En aquestes, s'hi "inclouen pràctiques alternatives que es van constituint com a dominants (...), i són generalment derivacions o emergents del MMH" (Menéndez, 1992: 102). Finalment, el model d'atenció basat en l'Autoatenció és el que es basa en el diagnòstic i atenció portat a terme per la pròpia persona o persones immediates dels seus grups de parents i en el qual no actua directament un professional.

Altres teories respecte al sistema d'atenció, que complementen el model de Menéndez, són les que proposa Davis-Floyd (2001). Els models que proposa, difereixen entre ells fonamentalment en les seves definicions del cos i la relació que s'estableix entre els/les professionals i les dones. El primer model que descriu Davis-Floyd, el tecnocràtic, té molt a veure amb el MMH que proposà Menéndez, on domina la separació ment/cos, i on el pacient és pensat com un objecte. El segon, el model humanista, emfatitza la connexió ment/cos i considera al pacient com a subjecte relacional que s'informa, pren

decisions i comparteix la responsabilitat amb els professionals. L'últim model que descriu Davis-Floyd és l'holista. Aquest, parteix de la unitat del cos/ment/esperit. L'autoritat i la responsabilitat sobre la salut recau a cada individu, i "els metges es veuen com a part de l'equip de curació, on els pacients són els membres en ple dret i els més significatius" (Davis-Floyd, 2001: 18-19).

Aquests paradigmes de l'atenció, tot i ser descrits per separat, poden veure's complementats entre ells en molts casos, com es mostrarà seguidament.

3. Definint els conceptes de part "normal" i part "natural"

Com es parla del moment del part? Com és definit per les llevadores un part "natural"? Com es posicionen elles en l'atenció del part, quan aquest no té complicacions? Quin és el seu paper?

Actualment, i a partir de la meua etnografia, trobem que s'està produint un procés de modificació i relativització de les definicions i les pràctiques d'atenció al part dins d'un context d'hegemonia del model tecnocràtic, sempre amb una intenció i direcció de millorar l'assistència i tenint en compte les necessitats i expectatives de les dones.

En els discursos i opinions de les llevadores (tant les hospitalàries com les domiciliàries) s'aprecia una certa crítica, sovint constructiva, respecte a l'atenció que es dóna als hospitals en el moment del part:

(...) jo crec que el que hem de fer és humanitzar l'hospital, que és una mica en la línia en què estem ara, no? Sales de parts més humanitzades, opcions dintre de la mateixa sala de part, d'entorn més acollidor, més normalitzat, perquè per molt que diguis, jo sóc molt humana, en aquest entorn de la taula de parts, el fet d'estar lligada amb les corretges i el monitor, per molt que jo sigui humana, no és això, no? Per tant, el camí és (...) hospitals amb entorns on la dona que vulgui un part que s'acosti més a casa seva, no? (Alba/Llevadora d'assistència primària).

El desig de normalitzar el part és compartit per totes les llevadores, ja que consideren que el part s'ha de concebre com un fenomen "normal", allunyat de l'ambient mèdic i hospitalitzat i ha de ser tractat amb més humanització, dins del context hospitalari. Què és el que s'entén per "normal", però? Les llevadores consideren que la seva competència és la d'assistir i atendre els parts que es produeixen dins de la normalitat, és a dir, els parts que es consideren de baix risc:

En un embarazo que va todo bien, un embarazo de bajo riesgo, la matrona es digamos la responsable, sanitaria, oficial del parto. No es ginecología, sino es la matrona. Y si hay algo que se desvía de la norma, entonces se deriva (Vanessa/Llevadora domiciliaria).

La manera com es descriuen els parts que en principi són competència i responsabilitat de les llevadores van lligats al concepte de part “normal”, és a dir, aquell part que es desenvolupa de forma vaginal, sense cap tipus d’instrumentació per ajudar a sortir el nadó. Aquest concepte de “normal”, per les llevadores hospitalàries és anomenat com a eutòcic, en oposició al part distòcic (fent referència als termes científics i mèdics que utilitzen):

Eutòcic seria normal. I després hi ha distòcic. Distòcic també és tot el tema de fòrceps o coses així que utilitzin. O sigui, quan nosaltres diem eutòcic, entenem que és un part vaginal que no han utilitzat cap instrument, hi pot haver-hi un part vaginal que hagin utilitzat algun instrument, com un fòrceps, o directament és una cesària, que ja no és un part vaginal, no? (Sònia/Llevadora d’assistència primària).

D’aquesta manera, doncs, i segons les llevadores, tant hospitalàries com domiciliàries, el part “normal” és definit com un part vaginal i sense instrumentalització. A banda d’això, aquest tipus de part, segons el col·lectiu de llevadores, no té res a veure amb la intervenció d’algun tipus de medicament i/o tecnologia per tal d’alterar el procediment del part. És a dir, un part “normal” pot anar acompanyat per algun tipus de calmant artificial administrats pels professionals, per tal de pal·liar el dolor, com per exemple l’epidural. La Mercè, llevadora hospitalària, em deia: un part eutòcic seria un part normal (...) amb o sense, epidural, eh? Però que no necessites ni fòrceps, espàtules, o sigui no necessites instrumentada (Mercè).

Bueno “normal”, es una mujer en un lugar bien para ella, posible uso drogas⁷ para apoyo, pero en verdad, al final nace su bebé en el canal de vagina, ¿no? Sin, esta es una cosa muy importante, sin abuso. Porque abuso, cuando una persona está en una situación de abuso, esto no es normal (Bárbara/Llevadora domiciliaria).

La Bárbara utilitza el terme “abús” quan parla del que no hauria de ser una situació “normal”. Per ella, es produeix una situació d’abús quan la dona embarassada no té el control del seu cos, tal com ens afirma: “no es normal cuándo no tiene control en su vida, cuando no tiene control de su cuerpo (...) entran en su parto sin control, muchas veces tienen un trauma” (Bárbara). Segons ella, molt sovint les dones gestants, al no

⁷ La Bárbara, quan fa referència a utilització de “drogues”, s’està referint a algun tipus de medicament o analgèsic artificial per pal·liar el dolor del part.

tenir el control del seu cos, no entenen el que els hi passa durant el part, i qualsevol pràctica mèdica per part dels professionals sobre elles es podria considerar un abús. Aquest argument és compartit per la resta de l'equip de *Marenostrum*, com també per la Pepi, llevadora domiciliària de la Cooperativa Titània-Tascó. Les llevadores hospitalàries, per la seva banda, no expressen aquesta situació d'abús.

Diferenciat del part "normal" hi ha el concepte de part "natural" que, per la seva banda, és definit com a procés fisiològic, igual que l'embaràs és un "proceso fisiológico, es decir, es un proceso "natural", cómo, hablando mal i pronto, cómo comer, cómo cagar, cómo hacer el amor..." (Vanessa/Llevadora domiciliària).

Tengo una idea muy abierta de lo natural. Porque en verdad todo es natural, porque nosotros somos naturales. Pero sin drogas artificiales, porque su cuerpo produce drogas, ¿no? Las hormonas funcionan. Esto es una idea natural. Posible esto no es normal, porque es diferente. Normal y natural es diferente. Pero natural, para mí, mi idea es sin drogas ni intervenciones (Bárbara/Llevadora domiciliària).

El part "natural" és definit com un part sense intervencions artificials, és a dir, sense medicalització. Aquest concepte de "natural" és utilitzat generalment per les llevadores a domicili, com és el cas de la Bárbara i la Pepi, més que no pas per les llevadores hospitalàries. Una de les informants, ens mostra el concepte de part "natural" com a sinònim de part a domicili, quan comenta que "quan encara estava estudiant la residència, vaig veure que també volia veure algun altre tipus de parts, que eren més naturals, més a domicili" (Griselda/llevadora d'assistència primària).

Per altra banda, el concepte de part "natural" està relacionat amb la noció de naturalesa de la dona, i al poder d'aquesta per poder portar a terme per ella mateixa el moment del part, sense la intervenció de cap metge. La Bárbara considera que a Espanya aquest poder de la dona s'ha perdut, amb la presència dels metges i de l'autoritat mèdica, i creu que s'ha de recuperar tenint en compte la naturalesa biològica de les dones, com a animals que són:

"(...) porqué cuándo la mujer no sabe su poder, para su trabajo... es un trabajo de mujeres, para quien no tenga hijos no pasa nada, pero es un trabajo para cuerpo de mujeres, y cuándo se piensa su cuerpo, falta una cosa, pero una cosa natural, de todos los animales, que funciona súper bien. Pero tú, esta mujer de España, no funciona bien, esto es una cosa muy mental, para baja mujeres, creo, ¿no? Para toma de poder" (Bárbara/Llevadora domiciliària).

Segons aquesta perspectiva, les dones amb la seva naturalesa, generen mecanismes per tal que el part transcorri sense necessitat d'acudir a intervencions externes, tal com ens relata la Pepi, "ja tenim mecanismes, les dones, segreguem endorfines, que és com la morfina sintètica, però natural" (Pepi). Observem, doncs, aquesta tendència a concebre el funcionament del cos en el part com a "natural", una funció biològica que s'ha d'afavorir (Montes, 2007), perquè moltes dones han perdut la capacitat de viure el seu propi cos i el part d'aquesta manera, per causa de la medicalització. La Sònia, una llevadora d'assistència primària, em va explicar:

Les dones del nostre territori, sovint no estan mentalitzades a conèixer la utilitat d'aquest dolor. Viu el part com un procés traumàtic, medicalitzat i dolorós enlloc de reconèixer la naturalitat del procés i viure-ho com a tal (Sònia).

Montes (2007) parla de la relació cos/naturalesa com un "essencialisme biològic". Des d'aquesta perspectiva, el part és "natural" perquè és el resultat de la naturalesa biològica pròpia de la dona. En una de les sessions de *Marenostrum* l'Olga (l'experta en lactància materna)⁸, mentre parlava de l'ambient apropiat perquè es desenvolupi un part "natural", va comentar que tota dona, "quan passa per un moment de clímax de dolor, com a mamífers que som, busquem un lloc petit i fosc per estar-hi" (Diari de camp).

Aquestes llevadores i expertes en el part "natural, confien en la "naturalesa femenina" de les dones per poder portar a terme el part per elles mateixes. Aquest concepte que emergeix dels discursos de les llevadores de part "natural" fa brotar alguns problemes dins de l'antropologia. Des de l'antropologia, les dicotomies natura/cultura han estat molt debatudes. Ortner (1979) analitza perquè es considera a la dona més pròxima a la natura, en detriment de l'home a la cultura, considerant que "tot comença amb el cos i les naturals funcions procreadores específiques de les dones" (ibídem:116). El fet de defensar aquesta naturalesa a la dona, doncs, podria semblar que es recolza aquesta noció de la "natura" intrínseca a la dona.

4. Quin lloc ocupa el risc del part en els discursos de les llevadores?

Com és descrit el risc en el part? Com és percebut el risc en el part per les llevadores hospitalàries? I per les llevadores domiciliàries?

⁸ A *Marenostrum*, les sessions es dividien en dues parts, la primera era competència de la Carme, terapeuta corporal de gimnàstica conscient. A la segona part, generalment venia la llevadora, però en algunes ocasions feia la sessió l'Olga sobre la lactància materna.

El temor que suscita el risc en el part és molt present per algunes llevadores. Sobretot per les llevadores hospitalàries i de l'assistència primària, el risc sembla preocupar molt i més quan se'ls hi planteja un part fora de l'hospital, un part a casa. Consideren que és més arriscat tenir un part a casa, ja que si es complica no hi ha elements ni professionals que puguin actuar de seguida, en canvi a l'hospital "hi tens anestesista, hi tens pediatra, tens no sé cuantos (...). I, sovint, va de minuts. (...). Llavors, clar, amb un domicili... és arriscat (...). És molt bonic, el que vulguis, però..." (Alba/Llevadora d'assistència primària).

L'Alba, quan parlem sobre l'opció de tenir un part a casa, es mostra crítica i considera que aquest col·lectiu que està implicat amb el part domiciliari, tendeix a minimitzar els riscos del part: "(...) la gent que fa parts a casa, no és objectiva, eh? (...) la gent que es dedica a fer parts a casa, aquest tipus de riscos els minimitza. Sembla com si el risc és mínim i controlable i que es pot preveure..." (Alba/Llevadora d'assistència primària).

L'Alba parla de l'objectivitat i del fet de minimitzar els riscos. Com apunta Puy, el "mateix risc i el seu contingut concret de significat pot canviar d'una persona o grup de persones respecte a altres amb diferents creences i sistemes de valors, i també segons els diferents contextos" (Puy, 1995:98), ja que no és un fenomen purament objectiu sinó una construcció social i, per tant, "és precís reconèixer l'existència d'implicacions de caràcter ideològic i polític, vinculades a les diferents formes d'entendre i definir el risc" (ibídem: 99).

Altres llevadores hospitalàries, com la Joana, també alarmen d'aquet risc de tenir un part a casa, quan hi ha alguna complicació inesperada. Però, consideren que són circumstàncies que es poden donar tant a casa com en els hospitals, com per exemple la desgràcia que hi hagi una greu complicació i que es mori el nen/a: "però a l'hospital també n'hi ha que es moren. I amb tots els mitjans i amb tot" (Joana). Ara bé, aquestes llevadores són crítiques amb els parts a domicili, tot i sabent que algunes de les circumstàncies, inesperades, negatives puguin succeir tant a casa com als hospitals. Respecte a les dones i llevadores que decideixen fer un part a casa, la Joana opina que cadascú ha de decidir el que vol, però sempre sabent els riscos i beneficis. La Joana posa en dubte que sempre s'informi a les dones de tots els riscos que pot haver en un part a casa:

La gent que ho decideix i que opta per aquesta opció, doncs, ja assumeix les conseqüències, i ja està. No sé si ho sap, eh, sempre. Si les dones que decideixen això són conscients fins a quin punt..., (...) bueno, no sé, cadascú opta per la seva

opció personal, no? Però, bueno, jo crec que la gent que ho decideix ho hauria de saber tot... (Joana/Llevadora assistència primària).

La Joana considera que parir a casa és una opció més, però l'hi atribueix un perill i risc determinat, com si aquest risc anés intrínscament relacionat amb el fet de tenir el part a casa. Amb el seu discurs, deixa veure que si les dones sabessin objectivament el que pot passar, segurament no el tindrien a casa. Segons Puy, "el que la gent accepta (o adopta) són opcions i no riscos. El risc és només una dimensió o característica amb la qual avaluar aquestes opcions" (ibídem:102).

La Sònia considera que un part a casa reuneix unes bones condicions perquè es desenvolupi sense cap problema, però creu que s'ha de fer un bon cribratge per veure si realment hi ha risc o no en cada embaràs concret, i avaluar en quins casos seria més apropiat anar a l'hospital:

Cribratge en el sentit de dir realment aquestes dones són de baix risc, i aquestes no. Ara hi ha molta tendència en el tema del part a casa, i en aquestes línies, però, segons el meu parer, hi ha algunes que han dit, vale, qualsevol cosa pot ser a casa, no? Pot ser s'hauria de cribrar, i dir, aquesta realment té molts problemes de salut que potser en un hospital si que val la pena que hi vagi, no? De seleccionar una mica, no? De dir, aquestes si, i aquestes no (Sònia/Llevadora d'assistència primària).

Segons Bestard (1996: 13), el risc és una categoria social. "El llenguatge del risc és un llenguatge de l'individu", però "el nostre llenguatge individualista fa opaca la dimensió social de la percepció del risc" (ibídem: 13). Seguint el que apunta Bastard, observem com aquesta opacitat fa que el risc es percebi com a real i objectiu. Al mateix temps, el discurs individualista pot estar influenciat per les institucions a les quals els individus s'incorporen (Douglas, 1996: 129-130). Com podem observar en els casos anteriors, sorgeix una certa influència del sistema mèdic hospitalari en els discursos de les llevadores hospitalàries, entorn del risc, i de la necessitat d'estar dins la infraestructura hospitalària per qualsevol risc inesperat.

Els riscos són molt vairats i poden tenir diferents significats, depenent de la persona o del context. Per les llevadores hospitalàries hem vist que el risc s'associa molt als factors biològics i físics que puguin aparèixer durant el part, els quals poden ser solucionats millor si es troben dins d'un hospital.

Per les llevadores domiciliàries, la seguretat de la dona embarassada va molt relacionada amb el respecte dels temps del part, i amb el fet de tenir un bon entorn per

la dona, que li generi tranquil·litat i intimitat. Aquesta necessitat de buscar un lloc confortable per la mare, és primordial perquè el part pugui transcórrer favorablement: “la asistencia en casa, es una situación muy personalizada (...). Y es muy fácil, porque es un ambiente muy tranquilo, ¿no?” (Vanessa/Llevadora domiciliaria). La Bárbara també es refereix a l’entorn com a factor favorable pel transcurs del part:

[El part] Es una cosa muy íntima con, que se usan las mismas hormonas sexuales y necesitas las mismas cosas, ¿no? Menos luz, un lugar muy romántico, mucha dignidad, respeto. (...) O es posible no le guste su casa, pero vamos para otro lugar, pero un lugar de su espacio, ¿no?” (Bárbara/Llevadora domiciliaria).

Si per al contrari l’entorn és estressant, i no és familiar per la dona, com pot l’hospital, les llevadores domiciliàries consideren que el part podria veure’s perjudicat i parar-se en una situació com aquesta. Fet que comportaria algun tipus d’intervenció mèdica. Per aquestes llevadores, el fet de necessitar intervenció mèdica complicaria el part.

De totes maneres, les llevadores domiciliàries no és que obviïn o minimitzin els riscos biològics del part: “son procesos fisiológicos, pero no está exento de, a lo mejor un porcentaje de riesgo” (Vanessa), sinó que són conscients del que pot passar, i tenen la capacitat per detectar algun problema i buscar una solució (fer un trasllat a l’hospital, per exemple). Per tant, no és que ignorin el risc, sinó que el toleren (Montes, 2007), ja que “ningú te garantiza absoluta de la seguretat” (Puy, 1995:103).

5. Cap a un part més “respectat”: els plans de naixement

En l’àmbit hospitalari, els plans de part són uns documents que sorgeixen com a eina per permetre a les dones embarassades expressar les seves preferències, necessitats, desitjos i expectatives sobre el procés de part i de naixement (Plan de Parto y Nacimiento, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En general, aquesta eina està ben considerada per les llevadores, ja que permeten reflexionar sobre molts aspectes del part, ja no tant sols a les dones i/o parelles, sinó que també és una eina útil per l’equip de professionals. Per part dels professionals els permet reflexionar sobre algunes de les pràctiques que porten a terme per inèrcia, o bé perquè sempre s’han acostumat a fer-ho d’una manera concreta i per protocol. És convenient, doncs, reflexionar i analitzar aquestes pràctiques rutinàries i veure en quins moments són necessàries i en quins altres no tant.

Per altra banda, permet a les dones embarassades oferir-les-hi l'opció d'escollir quin tipus de part volen, fent-les situar activament en el seu part. Per moltes dones que estan interessades en decidir sobre el seu part, aquesta serà una eina molt útil per elles. Però segons una de les informants, hi ha moltes dones que no s'havien plantejat mai algunes de les qüestions que hi ha en els plans de part, ja que deleguen per complert la responsabilitat als professionals que l'atenguin, i no es consideren un paper actiu en el seu part:

(...) Moltes et diuen: ah! això ho puc decidir? Perquè jo no només carrego culpes a la banda sanitària, d'aquesta deshumanització del part i aquesta fiscalització i paternalisme durant molts anys ha existit, no? (...). Evidentment, el tant per cent més elevat era culpa de la part mèdica, no? Que era l'estil de part que l'hi convenia, per facilitar, perquè era més fàcil, perquè és més fàcil! (...) Però, també és cert, que moltíssima dona s'abandona, però s'abandona, eh? (...). També hi ha hagut molt, part de culpa de la dona, de dir, bueno tia, escolta, és el teu part. Mou-te una mica, decideix, escull, no? On vols parir, com vols parir... (Alba).

En el relat de l'Alba se'ns mostra com l'existència d'un pla de part pot servir per posar en evidència algunes de les pràctiques hospitalàries no respectuoses amb les dones embarassades, tot i ser molt còmodes per l'equip professional, alhora que permet a les dones decidir com elles prefereixen que sigui transcorregut el seu procés de part, sempre i quan les circumstàncies es desenvolupin sense incidències.

No obstant això, la posada en pràctica d'aquest recurs no és valorat tant positivament com la seva teoria. Amb les opinions de les llevadores, s'ha evidenciat que molt sovint aquests plans de part no es respecten el suficient. La Griselda, llevadora hospitalària, així m'ho explicava:

Si tot va bé, s'hauria de respectar, però a vegades... Hi ha usuàries que diuen que gairebé no s'ho van mirar, que la llevadora va fer una mica el que ella creia. I cada vegada s'està respectant més, però no tothom a vegades ho respecta (Griselda).

L'opinió d'algunes llevadores gira entorn a la idea que el pla de part és un recurs interessant però alhora molt fred i poc humà. Consideren que entregar un documents per escrit és una forma molt poc humana de tracte i relació entre les dones embarassades i l'equip professional. En la línia d'aquestes opinions, seria més convenient, doncs, parlar les coses cara a cara, tenint en compte les peticions de les dones embarassades i els seus desitjos, i no recórrer a un document escrit. La Mercè,

llevadora hospitalària, m'ho comentava: "Bueno jo sóc molt de parlar amb la senyora que ve allà a l'hospital. (...) Vull dir, no entregar un full... és com molt fred" (Mercè).

Aquest fet també és comentat per alguna de les dones embarassades entrevistades, com és el cas de la Berta, que comenta que ella prefereix parlar prèviament al moment del part amb la llevadora que no portar-ho per escrit aquell dia. La Berta, però, té l'avantatge de que ja coneix la llevadora que l'assistirà al part⁹, i per tant, en pot anar parlant amb ella: "no cal que estigui tot per escrit, com tant detallat. Perquè en principi ja ho haurem parlat amb ella abans del part. Això seria lo ideal" (Berta).

La Júlia, una altra dona embarassada, també argumenta que seria preferible parlar les coses més que ensenyar un document escrit, ja que va parlar amb una tieta seva que havia treballat com a llevadora, i li va comentar, des de la seva experiència, que els plans de part no creen molta simpatia entre els professionals:

Si tu tens una idea de que estàs en contra (...) quan sigui el moment i t'ho plantegin, més que sortir amb un paper i de dir que jo aquí he marcat una X a no sé on, pues parlem-ne, tu m'expliques perquè m'ho aconselles i jo et dic més aviat estic en contra, si no ens ho podem estalviar, i fem una altra cosa. Però no plantar el paper d'entrada, em va semblar que més aviat els hi generava distància. Vaig pensar, bueno, pues no aniré amb el meu pla de part a la butxaca, perquè potser no genera massa simpatia (Júlia).

Segons el parer de moltes llevadores hospitalàries, per redactar el pla de part, s'ha de pactar el que es pot fer o no, tenint en compte les condicions de l'hospital, com també les condicions del professional que han d'atendre el part. Per tant, als hospitals, en aquest sentit, no sempre serà possible fer tot el que la dona embarassada desitgi, sinó el que sigui possible. En aquest context, la presa de decisions, seguint el model humanístic de Davis-Floyd (2001), serà compartida entre el pacient i el professional. D'aquí neix aquesta necessitat de pactar les coses verbalment, evitant que la dona se senti ignorada o no respectada al arribar a l'hospital, i haver d'entregar un document escrit a professionals que, possiblement, mai hagi vist o parlat.

Segons la Bárbara, els plans de part incentiven a fer un canvi molt fort, que permet a la dona tenir el poder i recuperar el control del seu part: "(...) tengo una sensación de un cambio, un click. Sabes que el parto es el parto de mujer. (...) mucho más respecto, mucha más

⁹ La Berta tindrà el seu fill a un hospital públic, però el fet de pertànyer a una mútua, ha tingut l'opció de comptar amb una llevadora que l'ha assistit durant tot l'embaràs, i aquesta serà la mateixa que l'assisteixi el dia del seu part.

dignidad, en mi idea de este parto es de mujeres, y la gente del hospital es solo para apoyo” (Bárbara).

Es respecti més o menys, doncs, dependent de l'hospital i dels professionals que es tractin, aquesta eina és considerada, en definitiva, un bon recurs per fer un canvi cap a una bona direcció.

6. Representacions respecte el part de les dones embarassades

Les idees inicials que tenien les dones embarassades entrevistades (i en alguns casos, també, les seves parelles) entorn al moment del part, eren força allunyades del discurs que s'anava construint a les sessions de *Marenostrum*. En alguns casos, aquestes idees han anat canviant al llarg de l'embaràs.

Només un 20% de les dones que assistien a les sessions de preparació al part van decidir tenir el seu fill/a a casa (de les deu dones que van fer el curs, només dues van decidir tenir el seu fill/a a casa). La resta de dones, tindran el seu fill en un hospital públic o bé en una clínica privada. Això ens porta a comprendre que l'interès de la majoria de les dones que assisteix a *Marenostrum* no recau, únicament, en tenir un part “natural” a casa seva, com podríem associar, sent un equip especialista en parts a domicilis. Sinó que moltes dones embarassades i les seves parelles, assisteixen al centre per tenir una preparació enfocada al part “natural”, sense anar relacionat amb el fet de voler tenir el nen/a a casa o a un hospital.

D'aquesta manera, doncs, no hem de confondre el “part natural” amb el part a domicili, ja que moltes de les dones embarassades volen i desitgen tenir un part “natural” a l'hospital. Aquest fet es contrasta amb el que les llevadores de *Marenostrum* consideren que és, o hauria de ser un part “natural”, ja que aquestes el relacionen més aviat amb un part a casa, on les condicions són les òptimes perquè tot el procés de part transcorri millor.

Quan la Berta, una dona que va assistit al curs de *Marenostrum*, intentava definir el que era per ella un part “natural”, ho relacionava molt amb el fet que es realitzés sense intervencions, és a dir, de forma “natural” amb contraposició a la intervenció d'elements artificials externs. La Berta diferencia molt un part “natural” d'un part respectat. Ella considera que un part es pot acompanyar de moltes maneres, però de manera respectuosa. És possible que alguna dona demani que li facin cesària, o bé que

l'hi posin epidural, fet que no farà que sigui un part natural, però si que és podrà fer de manera respectuosa, tenint en compte el que la dona vol i demana.

Una altra dona, la Laura, també entén el part “natural” com a no intervingut, el descriu com un part amb epidural. Tot i que la Laura vol el seu part el 100% natural, entenent ella que natural és no medicalitzat, considera que si per qualsevol cosa fos necessari haver d'intervenir, no per això se sentiria menys bona mare: “Clar, a veure si a mi m'han d'assistir o m'han de fer alguna cosa instrumental, perquè és necessari, endavant. No em sentiré pitjor mare que...” (Laura). És interessant destacar el fet que comenta respecte que no se sentirà pitjor mare si no pot ser “natural”, com si d'alguna manera el fet de ser un part medicalitzat hagués d'anar en relació amb si s'és més o menys bona mare.

La Patricia, que tindrà el seu fill a casa, ens defineix el que per ella és el part “natural”. Ella el defineix com a sinònim de part a casa, ja que és el lloc apropiat on ella trobarà un entorn íntim i proper. La definició que fa la Patrícia sembla anar molt en la línia de la definició del part “natural” de l'Asociación el Parto es Nuestro (2010), “un parto natural (...) se refiere más bien a ese “dejar parir a la madre” sin dirigir, sin meter prisas”, referint-se a que es respectin els temps i el ritme del part. Ella mateixa comenta que: “[Un part natural] per mi és respectar el ritme del cos. Que si ha de durar 12 o 18 hores, doncs que duri això. I ja està” (Patricia). En el seu discurs es veu reflectit que el que ella busca pel seu part, no ho trobaria a un hospital, sent un entorn tranquil el que més valora quan s'imagina el seu part: “Per mi l'hospital significa tensió. I penso que és justament lo contrari que necessito, no?” (Patricia).

La Júlia, una altre dona embarassada, em va comentar que ella no s'havia mai plantejat la idea de part “natural”, sinó que ella tenia una concepció del part com si es tractés d'una operació quirúrgica. Amb les sessions de *Marenostrum*, però, la seva idea respecte al part va anar canviant, tal i com em comenta ella:

Jo no m'havia mai parat a pensar sobre els embarassos, els parts ni res. Però [el part] tenia més a veure amb una operació clínica que no una cosa fisiològica. I llavors, al fer el curs, vaig veure clarament, bueno em va canviar la percepció a l'altre extrem. De no, clar, això és un acte animal i per tant, els metges quants menys i més lluny millor (Júlia).

La Júlia considera que al principi, el discurs de *Marenosutrm* va fer-la angoixar bastant, ja que ella havia decidit tenir el seu fill a una clínica privada, i atesa per un metge, cosa que no encaixava massa bé amb el discurs del part “natural”. Amb les setmanes, però, la

Júlia comenta que va anar moderant el discurs que l'hi havien transmès des de *Marenostrum*. En el següent paràgraf, s'observa com la Júlia es mostra crítica amb el discurs de les professionals de *Marenostrum* respecte a tenir un part "natural" sense intervencions, com per exemple el cas que posa ella de l'epidural:

(...) al final, jo he acabat el curs i tampoc he acabat de tenir molt clar els inconvenients de l'epidural, saps? Vull dir, allò de dir si fossin uns inconvenients, no és que tots surten amb un retràs mental, la mare triga a recuperar-se un any i mig més, però és que no hi ha tants inconvenients... És una mica més una postura ideològica, bueno, és que l'he tingut sense res! Vale, si aquesta és la cosa, bueno, pues jo m'està molt bé si aconseguixo tenir-lo sense res, però potser tampoc... Si és una cosa més casi d'orgull i de..., com deia el Jesús (la seva parella), si es per vanitat de poder dir: jo mira, ho he aconseguit! Relaxa't, no cal demostrar res. Al final també..., les dones quan no existia l'epidural, lo que haguessin donat perquè els hi possessin. Vull dir que ara també ens xalem una mica, i ara que ens la podem posar, ara no (Júlia).

Tot i sent molt crítica amb alguna de les posicions i argumentacions de les professionals de *Marenostrum*, la Júlia té molt clar que ella vol tenir un part vaginal i comenta que "si que hi ha una certa cosa de dir bueno, m'agradaria fer-lo natural del tot, però jo m'he relaxat amb això, penso que si acabo demanant epidural al cap de cinc minuts d'arribar a l'hospital, pues resultarà que la demano i ja està" (Júlia).

D'alguna manera, doncs, el discurs de la Júlia es diferencia molt del que es vol transmetre a *Marenostrum*, ja que la Júlia contempla la possibilitat de comptar amb una intervenció mèdica (com l'epidural) en un determinat moment que ella ho necessiti, cosa que no seria possible de fer-ho amb un part "natural" a casa.

7. Algunes conclusions

Malgrat que el present article és una aproximació a les representacions del concepte del part "natural", i que podríem ampliar i aprofundir molts punts, en podem extreure'n algunes conclusions interessants.

Per una banda, he pogut observar com llevadores amb diferent formació i experiències tenen una visió diferent del que és el part "natural". Moltes de les llevadores –les d'assistència primària, que han assistit parts als hospitals- associen el part "natural" al part "normal". Les llevadores domiciliàries, però, consideren que el part "natural" (a casa) es diferencia del "normal" per la intervenció d'elements mèdics durant el part.

En el cas del part “respectat”, es considera que el pla de part, com a eina, ha ajudat molt a plantejar-se moltes de les pràctiques hospitalàries, a banda d’oferir a les dones un control sobre el seu part. No obstant això, segons les meves informants, a la pràctica, aquests documents no sempre es compleixen com s’hauria de fer, ja que per les limitacions d’infraestructura i dels protocols dels hospitals no sempre es fa possible complir tot el que la dona desitja.

Pel que fa al risc, he pogut observar una certa posició crítica de les llevadores hospitalàries respecte les llevadores domiciliàries. Les llevadores hospitalàries estan més subjectes al discurs i a les pràctiques mèdiques, i per tant, tenen una concepció del risc més present que no pas les que treballen en l’àmbit domiciliari. Per les llevadores de part “natural” a casa, no obvien el risc no, sinó que són conscients que pot donar-se el cas d’una situació de risc. Quan això passi, es derivarà a les sales hospitalàries, però mentre no hi hagi cap senyal de risc, segons elles, no hi ha cap necessitat d’estar en un entorn hospitalari. Aquestes llevadores associen la medicalització del part com a una font de perills i riscos per la salut de la dona, és per això que consideren que és millor tenir un part fora de l’hospital. Aquests riscos causats per la medicalització, a vegades, no són concebuts de la mateixa manera per les dones embarassades.

A més, he pogut observar, que la relació llevadores/pacients varia segons el tipus d’assistència. Les llevadores dels hospitals defensen un part “humanitzat”, mentre que les llevadores del part a casa s’apropen més a un part “holístic” (Davis-Floyd, 2001). Per les primeres és important una relació de respecte mutu entre la professional de la salut i el pacient, estant encara separats, mentre que les llevadores domiciliàries ofereixen la possibilitat de no estar separades, creant un vincle més intens i proper.

Les dones entrevistades, parlen de les seves necessitats i drets, tot recollint aspectes diferents, des d’un paradigma integrador. Totes elles consideren que un entorn familiar i acollidor pot ajudar el transcurs del seu part, però la gran majoria consideren que no és necessari “fugir” dels hospitals per trobar aquest entorn, sinó que confien que dins de l’hospital poden trobar-hi un ambient adequat. Aquestes dones se senten més segures donant a llum en un hospital, ja que saben que tenen un equip de professionals que poden assistir-les si hi hagués algun problema. Ara bé, no estan en contra d’un part més holístic i respectat.

8. Bibliografia

- ARNAU, José et al. (2012). "Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia". *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2): 225-247.
- Asociación el Parto es Nuestro (2010, maig 29). *¿Qué es un Parto Natural?* [Blog]. Recuperat a <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/05/29/%C2%BFque-es-un-parto-natural>.
- BESTARD, Joan. (1996). "Prólogo". A Douglas *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- BIURRUN-GARRIDO, Ainoa; GOBERNA-TRICAS, Josefina. (2013). "La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía". *Matronas profesión*, 14(2): 62-66.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. (2001). "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 75: 5-23.
- DOUGLAS, Mary. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). "Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso". [En línia], Federación Asociaciones de Matronas. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal> [Data consulta: 25 d'abril de 2014].
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1992). "Modelo Médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". Dins CAMPOS, R. (comp.): *La Antropología Médica en México*. Mèxic: Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana, pàg. 97-114.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Plan de Parto y Nacimiento: Estrategia de Atención al Parto Normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*.

- MONTES, María Jesús. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral, Tarragona: Univeristat Rovira i Virgili.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (1996). "Cuidados en el Parto Normal". [En línea]. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva. Disponible a:
<http://www.elpartoenuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf> [Data consulta: 2 de maig de 2014].
- ORTNER, Sherry. (1979). "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?" Dins HARRIS, Olivia; YOUNG, Kate (comp.): *Antropología y Feminismo*. Editorial Anagrama, pàg. 109-131.
- SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. "Recomendaciones sobre la asistencia al parto" [En línea]. Madrid: SEGO. Disponible a:
<http://www.sego.es/Content/pdf/2008011_recomendacion_al_parto.pdf> [Data consulta: 29 d'abril de 2014].
- PUY, Ana (1995). "Aceptabilidad social de los riesgos". *Estudios de Psicología*, 55:97-111.

ANNEX – Quadre del perfil de les entrevistades

LLEVADORES

Nom (data entrevista)	Edat	Lloc de treball	Estat civil	Nombre de fills/es
Alba (05.03.2014)	53 anys	Llevadora hospitalària	Casada	3 fills: tots tres els va tenir a un hospital
Bàrbara (28.04.2014)	44 anys	Llevadora domiciliària	Separada	3 fills: 16 anys, el part va començar a casa però va néixer a l'hospital sense epidural; 14 anys, va néixer a casa; 11 anys, va començar a casa però va néixer a la Maternitat (Hospital Clínic) amb epidural
Griselda (20.02.2014)	34 anys	Llevadora hospitalària. Amb formació de llevadora domiciliària	Soltera. Viu amb parella estable	No té cap fill/a
Joana (05.03.2014)	50 anys	Llevadora hospitalària	Casada	2 filles: les va tenir a clínica i hospital privats, lloc on treballava en aquell moment
Mercè (12.03.2014)	34 anys	Llevadora hospitalària	Casada des de fa 6 anys	2 filles bessones de 2 anys i mig, les va tenir a la Maternitat (Hospital Clínic), per part vaginal
Sònia (25.02.2014)	29 anys	Llevadora hospitalària	Casada	Un nen de 3 anys, nascut a l'Hospital de Sant Pau
Pepi (21.02.2012)	54 anys	Llevadora domiciliària	Conviu amb la seva parella	2 filles, nascudes a casa
Vanessa (06.02.2014)	35 anys	Llevadora domiciliària	Sense dades	No té cap fill/a

DONES EMBARASSADES

Nom (data d'entrevista)	Edat	Estat civil	Embarassos anteriors/Fills	Professió	Lloc on tindran el fill/a
Berta (27.02.2014)	34 anys	Soltera (conviu amb la seva parella)	Cap. És primerenca	Pedagoga	Hospital de Granollers (públic)
Júlia (12.03.2014)	38 anys	Soltera (conviu amb la seva parella)	Cap. És primerenca	Paisatgista	Hospital Quirón (privat)
Laura (04.02.2014)	32 anys	Casada	Cap. És primerenca	Treballadora social	Hospital Sant Joan de Déu (públic)
Patrícia (26.03.2014)	32 anys	Casada	Cap. És primerenca	Informàtica	A casa