

El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto

Raquel da Rocha Pereira ¹, Selma Cristina Franco ², Nelma Baldin ³

Resumen: Pereira RR, Franco SC, Nelma Baldin N – El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto.

Justificativa y objetivos: Comprender, por medio de la teoría de las representaciones sociales, las dimensiones socioculturales del dolor y su impacto en el protagonismo de la mujer en el parto.

Método: Para la investigación, se usó la metodología cualitativa, con el referente teórico de la fenomenología y de la teoría de la representación social. Se hicieron 45 entrevistas semiestructuradas con embarazadas de los servicios público y privado de salud de Joinville, SC, con el mínimo de cuatro consultas de prenatal y que estaban en el tercer trimestre de gestación.

Resultados: Del análisis de contenido de los testimonios, surgieron tres categorías empíricas: miedos y preocupaciones, y vivencias e influencia sociocultural, que posibilitaron construir tres categorías interpretativas: modelo biomédico, falta de información y el rol de la mujer en la toma de decisión por el parto. Los hallazgos relatados en este artículo, indican el dolor como siendo uno de los elementos constitutivos de las representaciones sociales femeninas sobre el parto. Vimos también que el dolor influye en el comportamiento de la embarazada a partir del miedo y se convierte en la génesis de otros sentimientos de aversión y en preocupaciones que involucran el evento del parto.

Conclusiones: En ese sentido, el dolor se revela como siendo uno de los principales constructores de las actuales representaciones sociales femeninas sobre el parto y contribuye para la curva ascendente en los indicadores de cesárea en Brasil.

Descriptor: ANALGESIA, Parto; CIRUGÍA, Cesárea.

[Rev Bras Anesthesiol 2011;61(3): 204-210] ©Elsevier Editora Ltda.

INTRODUCCIÓN

El parto, a diferencia del embarazo, en que un largo período favorece la adaptación gradual de los cambios, se caracteriza como siendo un evento que provoca cambios abruptos e intensos, que marcan algunos niveles de simbolización, como la intensidad del dolor y la imprevisibilidad, causando el sufrimiento, la ansiedad y la inseguridad¹.

En la historia de la antropología, la interpretación cultural del dolor se remonta a las mitologías primitivas y arcaicas que ya tenían una concepción dualista: el bien y el mal. Los humanos primitivos, formaban parte de la ecología ambiental y tenían una imagen del dolor asociada al mal y al sufrimiento, considerada como algo que pertenecía al enemigo, que provocaba daño². Sin embargo, entender las dimensiones del dolor y cómo él se procesa e impacta en las problemáticas socioculturales que están entrelazadas o no a los elementos anatómicos y fisiológicos involucrados, ha sido el gran reto de la ciencia.

Recibido de la Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Brasil.

1. Máster en Salud y Medio Ambiente; Médica Anestesiologista del CET/SAJ/SBA/MEC; Centro Hospitalar de Unimed y Maternidade Darcy Vargas, Joinville - SC

2. Doctora en Salud del Niño y del Adolescente; Médica Docente de la UNIVILLE

3. Doctora en Educación; Profesora del Programa de Maestría en Salud y Medio Ambiente de la UNIVILLE.

Artículo sometido el 9 de noviembre de 2010

Aprobado para su publicación el 7 de diciembre de 2010

Dirección para correspondencia

Dra. Raquel da Rocha Pereira

Rua Presidente Nasser, 307

Glória

89201835 – Joinville, SC, Brasil

E-mail: pereiras@netkey.com.br

Sin embargo, y pese a los avances, el dolor todavía no ha logrado ocupar su verdadero espacio científico y social. Algunos estudios defienden la necesidad de desmitificar la visión de castigo que se tiene del dolor en la cultura occidental y revelar su rol social³.

Para el cuerpo físico, el dolor es un mecanismo de expresión fisiológica de desagravio o defensa, frente a una agresión real o con potencial similar, pero con la expresión y la reacción del individuo hacia ella, ocurre con la interpretación emocional y social estructurada por la cultura⁴.

La cultura dictamina la forma y la respuesta comportamental al dolor, en que cada grupo social y a veces incluso la familia, tienen su propia representación social, la cual formaliza un lenguaje único. Para saber si el individuo tiene dolor, es necesario que él se exprese, que lo haga público, que lo comparta, y que presente una expresión verbal o no verbal⁵.

Las representaciones son interpretaciones sociales que pasan a ser impuestas al individuo en su convivencia social, con su transmisión a través de sucesivas generaciones. Todos los sistemas de clasificación, imágenes y descripciones de una sociedad, inclusive los científicos, son consecuencias de sistemas e imágenes previas. O sea, un recorte o una reproducción del lenguaje de la memoria colectiva que deriva invariablemente, de un conocimiento anteriormente adquirido⁶.

La representación social sobre el parto lo identifica como una etapa dolorosa del proceso fisiológico del embarazo, siendo que la respuesta comportamental sufre el influjo de la dimensión emocional y ambiental. Los factores socioculturales interfieren en el modo en como la parturiente siente e interpreta el proceso del parto¹.

En Brasil, el parto natural está asociado al dolor y al sufrimiento que, por el carácter fisiológico del evento, le impone a la mujer un comportamiento de superación frente al dolor del parto. Interpretado socialmente como "fisiológico", o sea, como parte de la naturaleza del evento, genera conflictos de naturaleza afectiva, emocional y metabólica, exponiendo la fragilidad de las mujeres frente a su percepción personal y favoreciendo la representación femenina del parto, tomando como base los miedos y mitos como por ejemplo, la creencia de que la cesárea conciente y con cita previa proporcionará un "parto sin dolor" ⁷.

Foucault denuncia el poder médico y la medicalización de la vida y de la cultura, que, valiéndose de la etiqueta de la cientificidad, se difunden por los medios de comunicación para seducir al consumidor ^{8,9}. La cultura del parto en la obstetricia occidental contemporánea deriva de las convicciones de Descartes de la dualidad mente y cuerpo, ése, como una máquina y bajo el dominio de la ciencia. En ese sentido, la cultura de la "cesárea solicitada", parece tener sus convenciones construidas en las representaciones sociales del médico, siendo él un profesional técnico que debe solucionar y no justificar los eventos ¹⁰.

El parto por cesárea en Brasil ha aumentado gradualmente, en especial entre las usuarias de convenios de medicina privada, como vemos en las cifras de 2003 a 2006, en que la tasa de cesárea subió de 64,30% para 80,72% respectivamente, indicadores que están muy por encima de los 15% recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de dos veces más que el promedio nacional y la tasa más elevada en el ámbito mundial ¹¹.

Una investigación realizada por la Agencia Nacional de Salud (ANS), atestigua que, aproximadamente dos tercios de las mujeres que poseen convenios con la medicina privada, inician el embarazo reafirmando su deseo de tener un parto natural. Posiblemente, diversos factores están involucrados en ese distanciamiento entre el deseo de la mujer al inicio del embarazo y la vía de parto que efectivamente se practique. Según la gerente asistencial de la ANS, Martha Oliveira, el mito del parto dolorido y traumático *versus* la tecnología de punta con médicos competentes y un hospital seguro, atribuido al parto natural y a la cesárea, respectivamente, tiene una presencia muy fuerte. Ese mito proviene o se concreta, con la actuación de los medios de comunicación. Martha Oliveira nos comenta incluso que, la formación de los médicos incentiva la cesárea, que es menos trabajosa y más rápida que el parto natural, implicando también en una cuestión económica para el médico ^{11,12}.

Los medios de comunicación, como también las informaciones y/o los contenidos simbólicos por ellos utilizados, son los constructores de las representaciones sociales y pueden servir como un mecanismo para el ejercicio del poder ¹³.

El dolor del trabajo de parto involucra una complejidad de respuestas neurocomportamentales al estímulo álgico y suministra una característica personal y única al dolor que se siente. La relación de causa y efecto en esa situación no siempre corresponde, en la práctica, a una respuesta clínica,

porque lo que importa en ese caso, es entender el dolor vivido por la parturiente y amenizárcelo ⁷.

En ese sentido, Mazoni y Carvalho argumentan en que muchas veces el dolor se manifiesta incluso en la ausencia de las agresiones tisulares vigentes. Lo que nos importa es el "ser que siente dolor, y no el dolor como ser". Al considerar la naturaleza del fenómeno, podemos dirigir mejor la ayuda para entender la complejidad del evento y la interpretación que la persona hace del dolor que vive y sus causas. Por tanto, tener en cuenta la validez conceptual del dolor del parto y su multidimensionalidad de aspectos, posibilita también ofrecer intervenciones de alivio capaces de actuar como competidores de impulsos en la parte central del sistema nervioso ¹⁴.

El objetivo de este estudio fue comprender el fenómeno y la dimensión cultural del dolor, como también la influencia del modelo biomédico y los medios de comunicación como constructores de la representación social del dolor en el parto.

MÉTODO

Elegibilidad Metodológica

Este artículo utiliza el recorte teórico-metodológico que la investigación cualitativo-fenomenológica ofrece sobre el protagonismo, y las decisiones de las mujeres entrevistadas en el proceso del parto, y a partir de la teoría de la representación social, se permite comprender el fenómeno del dolor y su influencia sociocultural.

El análisis metodológico de la investigación cualitativa se preocupa "con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado" ¹⁵.

La fenomenología intenta establecer y reunir, de modo comprensible y riguroso, las actitudes o los rasgos humanos, pero es solo por medio de la experiencia que la realidad puede ser conocida. En ese sentido, se comprende la esencia del fenómeno vía representaciones sociales manifestadas en los discursos de las parturientes, que a su vez, fueron analizados bajo la égida del análisis de contenido ¹⁶.

La Teoría de las Representaciones Sociales trata de la contribución del individuo en la construcción de un saber colectivo que orienta e interpreta los comportamientos sociales. Esos comportamientos se manifiestan por medio de actos, testimonios y conductas ya institucionalizados, aceptados e incorporados al cotidiano. Por lo tanto, son una materia prima tanto para el análisis de los hechos sociales, como para las acciones pedagógicas y políticas transformadoras ^{6,15}.

POBLACIÓN ESTUDIADA Y PROCESO DE SELECCIÓN

Fueron entrevistadas 45 embarazadas en el último trimestre del embarazo, durante la atención del prenatal en el municipio de Joinville, Santa Catarina. Las entrevistas ocurrieron en tres ambulatorios de la red pública (Grupo I con 20 embarazadas), y en dos clínicas privadas (Grupo II con 25 embarazadas), que poseían médicos obstetras integrando los equipos de asistencia a las embarazadas.

La muestra fue seleccionada por conveniencia, considerando el “punto de saturación”, que queda configurado cuando el entrevistador se da cuenta de que no hay más informaciones nuevas para obtener. En esa investigación, el punto de saturación de las respuestas de cada grupo se dio de forma diferente, siendo 20 entrevistas en el sector público y 25 en el servicio privado.

Los criterios para la selección consistían en estar embarazada en el tercer trimestre del embarazo; tener 18 años o más; estar en la etapa de seguimiento del prenatal, haber ya cumplimentado por lo menos cuatro consultas hasta la fecha de la entrevista, y aceptar voluntariamente la invitación para participar. Fueron excluidas las embarazadas que presentaban situaciones clínicas y emocionales que pudiesen interferir en la capacidad cognitiva.

Las embarazadas seleccionadas fueron entrevistadas individualmente, por la investigadora, lo que nos permitió una mayor proximidad al fenómeno descrito, tanto a partir de sus testimonios, como de sus gestos, posibilitando una mayor comprensión del sentido que esas mujeres nos transmitían en sus declaraciones¹⁷.

La investigación secundó los protocolos para la preservación del sigilo, el anonimato y la privacidad de las entrevistadas. El nombre completo de la entrevistada quedó restringido a la Firma del Término del Consentimiento Informado (TCI), que fue firmado por las pacientes entrevistadas. Los procedimientos metodológicos aplicados les fueron explicados a las entrevistadas individualmente, incluso acerca de la posibilidad de que la entrevistada interrumpiese, respondiese o no a las preguntas, como también su derecho a negarse a participar en la investigación.

El proyecto fue analizado y aprobado por el Consejo de Ética en Investigación de la institución de enseñanza.

Instrumento de Investigación

El instrumento de recopilación de los datos utilizado fue una relación de entrevistas semiestructurada con 15 preguntas que se grabaron en audio y que fueron integralmente transcritas. Esas preguntas permitieron formular otras que, en el transcurso del estudio, se revelaron importantes para la elucidación del problema de investigación. En otras palabras, en la metodología cualitativa, la entrevista no presenta una rigidez, y la flexibilidad es fundamental para la comprensión desde el punto de vista de los sujetos, no significando la ausencia de rigor metodológico.

Es importante destacar también, que en el proceso de elaboración de la relación de preguntas, se tomó mucho cuidado en acercarnos al lenguaje de las parturientes. Así, evitamos el uso de las jergas médicas que en muchos de los casos, representa obstáculos para la comprensión entre médicos y pacientes.

Se realizó un test previo para adecuar el vocabulario, verificar el contenido de las respuestas, y observar el tiempo transcurrido para hacerlas, entre otras cuestiones de logística.

Análisis de los Datos

El potencial revelador del habla (o de los testimonios, y en lo que se refiere a las condiciones estructurales y a los sistemas de símbolos, valores y normas), es un instrumento privilegiado para la recopilación de informaciones, ya que el habla puede contener la experiencia y por ende, permitir la comprensión intersubjetiva. Por lo tanto, después que estaban debidamente transcritos, los datos y las informaciones recolectadas en el testimonio de las embarazadas, esos fueron analizados en cuanto a su contenido y con base en la teoría de las representaciones sociales. Se intentó explorar las estructuras que las entrevistadas manifestaron como relevantes. Se tuvo en cuenta, al momento de la recopilación y del análisis de los datos, los elementos no verbales manifestados por las entrevistadas¹⁵.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Dolor y Vivencias: Génesis de Miedos y Preocupaciones

El miedo al dolor estuvo intensamente representado en la imaginación de las embarazadas entrevistadas y se transforma, con la proximidad del parto, en la génesis de otros miedos: miedo al trabajo de parto; miedo al desempeño y a comprometer el bienestar fetal; miedo a la anestesia; miedo a lo desconocido, entre tantos otros. Esos temores, generalmente asociados a historias de otras mujeres, suministran un subsidio emocional a la embarazada para la “cesárea solicitada”: “[...] *Le tengo miedo al parto natural, porque todo el mundo me dice que se siente mucho dolor, y que ese dolor es peor que cualquier dolor en este mundo. Entonces, le digo a mi mamá que quiero parto por cesárea*” (D., 22 años).

Sin embargo, la experiencia de partos anteriores demostró ser un fuerte elemento que influyó en la decisión actual sobre la vía del parto. Si la experiencia fue positiva, pasa a ser la primera opción de elección de la mujer: “*Fue una experiencia muy pero que muy buena. Se lo digo a todos, les digo que, si fuese por el parto, tendría unos diez hijos más. Me fue muy bien [...]*” (P.S., 29 años). Si es negativa, deja marcas que refuerzan los miedos y las preocupaciones¹⁰: “*¡Fue algo horrible! Me estremezco solo de pensar en el dolor que sentiré a la hora de parir [...] me muero de miedo, ya no puedo ni comer, ni dormir bien [...] Ya todo me da miedo. Pues sí, creo que es un trauma que me ha quedado de aquél día*” (J., 30 años). El dolor, definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable”, en el parto se convierte en uno de los principales motivos de miedo y preocupaciones. El miedo deja expuestos los aspectos psicológicos y la dimensión de la experiencia dolorosa, como también las respuestas emocionales y dependiendo de la percepción cognitiva, cultural y comportamental del individuo, habrá una disociación entre la percepción del individuo y la reacción/respuesta a los estímulos nociceptivos⁷.

La interpretación subjetiva del dolor en el trabajo de parto se presenta como uno de los elementos constructores de la representación social de las mujeres brasileñas sobre el parto: *“El mayor miedo es el del dolor y de no lograr soportarlo y tener que ponerme la anestesia [...] Esta es la expectativa: si voy a lograr soportar el dolor”* (A.T., 36 años).

La tocofobia es el término utilizado para definir el miedo que aflige, un temor exacerbado al parto, que se convierte en un miedo patológico generalmente oriundo de experiencias anteriores desastrosas asociadas al dolor y al sufrimiento en el parto como, por ejemplo, partos instrumentalizados y traumáticos, generalmente sin la ayuda de la analgesia de parto ¹⁸.

En la mujer contemporánea, el miedo al sufrimiento desencadenado por el dolor, repercute sobre su protagonismo, porque ella teme por su desempeño, en el sentido de no poder estar a la altura de la función femenina de “ser madre”. Esos temores asumen una gran dimensión, e inhiben la sensibilidad afectivo-emocional apartando a la mujer del verdadero sentido de la maternidad ¹⁹. [Maternidad: proceso construido por la madre, para suplir las necesidades del recién nacido; depende primordialmente de los sentimientos que la madre puede desarrollar en el nacimiento de su hijo (ODENT).]

Las representaciones sociales sobre el parto congregan diversos contenidos que, al final, siempre están simbolizados por sentimientos de preocupación, dudas y entre tantos otros, el mayor de ellos: el miedo al dolor y sus repercusiones, lo que acaba convirtiendo a la mujer en una rehén. El último trimestre del embarazo está caracterizado por el aumento del nivel de ansiedad en razón de la expectativa con la proximidad del parto. En una ascendencia gradual, esa ansiedad aumenta sensiblemente en los días que se aproximan a la fecha probable del parto. Esa fase, por lo tanto, está caracterizada por diversos miedos que debilitan a la mujer ¹.

En ese sentido, la analgesia de parto ha sido una aliada a esas mujeres, al contribuir con las experiencias exitosas de los partos, porque ellas se sienten seguras sin la “sentencia del dolor”, como declara la entrevistada que tuvo un parto anterior con analgesia: “[...] *En mi primer parto, en realidad estaba muy asustada por el parto natural. Pero para mí, fue el mejor parto que tuve, tanto es así que ahora en mi segunda vez, también quiero tener un parto natural, con analgesia [...]*” (F., 24 años).

La Representación Social del dolor y los Medios de Comunicación

Respecto de la interpretación y de la comprensión de la percepción de las mujeres entrevistadas, es importante observar Merleau-Ponty: *“La intención significativa ocurre en un cuerpo y se conoce a sí misma, buscando un equivalente en el sistema de las significaciones disponibles, que representan a la lengua que hablo y al conjunto de los escritos y de la cultura que heredo”*. O sea, se entiende que las personas se conocen a sí mismas cuando buscan conocer los signos de su habla, de su escritura, en fin, de la cultura a la cual pertenecen¹⁶.

Y como algo no conocido todavía, o no vivido, la poca e insuficiente información da lugar a lo imaginario, a las creencias y a los mitos, que están poblados por los relatos de las experiencias de otras mujeres, y corroborados por medio de la influencia de los medios de comunicación y por la asistencia técnica del modelo biomédico. *“Yo lo veo de esta forma: realmente es preocupante la cuestión del dolor en el parto natural, una no quiere sentir dolor. Entonces empiezas a oír historias de otras mujeres que te dicen que duele mucho. Te quedas sin saber qué hacer, a pesar de saber que el parto natural es mejor, porque la recuperación es más rápida. Pero hoy por hoy, con el avance de la tecnología de los médicos y de los equipamientos, te decantas más por la tecnología que por lo emocional. Yo lo veo así”* (P., 34 años).

El comportamiento social es un símbolo cuya respuesta representa el resultado de las actitudes y de las expresiones que forman los códigos y los sistemas de valores con significados que constituyen el lenguaje creado a partir de las relaciones sociales y de la contribución de los individuos ⁶. Como lo justifica esta primípara sobre su opción por la cesárea: *“Escojo la cesárea por el miedo al dolor. Oímos a las personas que te dicen que es un dolor insoportable, incluso creo que es culpa de mi mamá, porque uno crece escuchando todo eso y te acostumbras a la idea de que el dolor del parto es algo terrible”* (E., 26 años).

La representación social femenina sobre el proceso del parto asocia el concepto del sufrimiento y del dolor al parto natural, una situación que, con la proximidad del evento, fragiliza y amedrenta a la mujer en el período del embarazo. Los sentimientos reflejan los significados de su medio, son ecos de los conceptos culturales sobre el parto alimentados por la falta de información, los medios, los relatos de otras mujeres y el modelo de asistencia obstétrica ^{6,10}.

Potenciados por los medios de comunicación, los fenómenos de sufrimiento y dolor están en el imaginario de la sociedad occidental, y asociados a la enfermedad que, a su vez, exige un tratamiento médico. Tal vez existiría un fortalecimiento de ese imaginario a causa de la falta de informaciones sobre el proceso del parto ¹³.

Algunos relatos nos indican la influencia de los medios en la construcción o en los refuerzos simbólicos del miedo al dolor en el parto natural, y en la facilidad y seguridad del parto por cesárea. Al preguntársele sobre la influencia de los medios e comunicación, la entrevistada afirma: *“Creo que sí que influye, porque, en el parto natural, si te das cuenta, incluso en las pelis aparece la mujer sufriendo, sudando, gritando, escandalizando a todo el hospital. Y eso no ocurre en la cesárea, si ves la Telenovela, la mujer está acostada, sonriendo, conversando con el marido y con el bebé en el regazo, como si todo hubiese sucedido súper tranquilamente y sin ningún riesgo”* (F. S., 29 años).

En Brasil, la telenovela consolida socialmente un concepto que no posee fundamento científico, sobre que la cesárea es un procedimiento más seguro que el parto natural por la condición de ser programado y por librar a la mujer del sufrimiento impuesto por el dolor del trabajo de parto. Esta entrevistada traduce así la influencia ejercida por las telenovelas:

"[...] Me influye tanto que creo que la mayoría de las personas le tienen miedo al parto natural justamente porque ven a las mujeres gritando, a todo el mundo sufriendo y entonces en la cesárea demuestran que nadie sufre [...]" (E., 26 años).

La televisión capta aquello que le interesa al mercado, ya que es el vehículo que mejor representa el medio de comunicación de masas. Como organizador del cotidiano y del imaginario social, los medios de comunicación incorporan rápidamente las exigencias. Ellos son capaces de percibir lo que la sociedad indica, e incluso antes de que ella lo reivindique, incorpora esas indicaciones, las reprocesa técnicamente, las recicla ideológicamente y las difunde²⁰.

Otra embarazada dice que existe una fuerte influencia de los medios, principalmente para los que no tienen mucha información: *"Los medios de comunicación ejercen una influencia en cualquier asunto, principalmente en las personas que no tienen mucha información, o en otros medios de información, personas con poca cultura que ven aquello como la verdad, como el único canal de información que existe"* (R. M., 35 años).

La Representación Social sobre el Parto

Observamos sin embargo, un conflicto interno, en que apesar de todas las influencias y distorsiones, las preocupaciones y los miedos, la mayoría de las entrevistadas dice que prefiere el parto natural. Son testimonios que revelan un deseo intrínseco, fisiológico, de la hembra por el parto natural, como verbaliza esta entrevistada: *"Le tengo miedo al dolor del parto natural, pero como es algo natural, algo de la naturaleza, prefero que sea natural"* (C.G., 30 años).

Los antropólogos que estudian el asunto, afirman que la preferencia por el parto natural parece estar relacionada con una falacia naturalista e informal. [Falacia informal, según Heemann, es una idea que posee una enorme fuerza de persuasión y que, al estar enraizada en las creencias, usa la lógica de la seducción con palabras que inspiran respeto y valores deseados para convencer a los demás. Pero la falacia naturalista se basa en las "leyes" de la naturaleza, o sea, en las normas éticas que serían extraídas de la naturaleza.] El testimonio revela que la opción por el parto natural proviene de una imposición del "destino de la hembra", y no por medio de una convicción de ser el mejor método para el parto²¹. Esa idea, de hecho, proviene del discurso en pro del parto natural, pero a fin de cuentas, ¿cuáles son las repercusiones de esa idea para el bienestar de la mujer? Tal vez una visión machista, una vez que le exige a la mujer que soporte el dolor en un contexto primitivo y cultural, que sea proveedora de una vida, y que niegue su característica personal²².

Algunas de las entrevistadas defendieron la óptica de la superación como un elemento femenino de otorgamiento: *"[...] Porque el parto natural es así mismo, hay que sentir alguna cosa. La madre, para ser madre, tiene que sentir algo, creo yo ¿no?"* (J. O., 25 años). Un discurso que relaciona el dolor del trabajo de parto como un "pasaporte" que legaliza la competencia de ser la madre y entrelaza la idea del heroísmo con la noción de madurez de la mujer. Una cultura de superación que tuvo inicio cuando la religión proclamaba a las madres

respecto de la maternidad, como modelos de perfección y las mujeres, al superar el sufrimiento y las adversidades que el dolor del parto les impone, adquieren el otorgamiento y disfrutan del placer de ser madre: "sufrir en el paraíso"²³.

Pese a los grandes cambios del comportamiento social de la mujer moderna, las cuestiones femeninas como los sentimientos involucrados en la maternidad, todavía están presentes en el discurso de algunas mujeres y se parece al de sus antepasados. Según Beauvoir, la mujer occidental desea que su desempeño sea notado a la perfección por los demás, en el quehacer de las cuestiones femeninas, como ama de casa, esposa, mujer y como madre²⁵.

Esa madre, idealizada en el imaginario colectivo como la "Reina del Hogar", vive una realidad conflictiva con la verdadera mujer de los días de hoy, o sea, la profesional y la madre que lucha en el mercado de trabajo por su supervivencia. Se distancia del modelo maternal de los tiempos pasados, representado por la donación, dedicación y paciencia, y existe un enfrentamiento con los valores actuales, presentes en el cotidiano de la mujer moderna, como por ejemplo, la planificación, la ordenación, la practicidad y la tecnología, representando el factor seguridad y la optimización del tiempo²².

Resumiendo, la creencia de las mujeres respecto de su papel en el mundo y en el parto, será un reflejo del contexto sociocultural vivido en la condición de mujer y de parturienta y confirma que el dolor del parto se origina de aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales^{24,25}.

Representación Social del Médico frente al Dolor

En el proceso histórico de la sociedad, el parto ha dejado de ser un evento privativo de la mujer, pasando a ser un evento institucionalizado y repleto de innovaciones tecnológicas, y dirigido a un cuidado técnico en que el médico es su garante²⁵. Culturalmente, la sociedad garantiza el modelo de asistencia que se centra en el experto, dirigido a la seguridad sobre las expectativas y que influye en la toma de decisión sobre la elegibilidad del tipo de parto¹⁷: *"Mi problema es sentir dolor [...] estar segura si lo soportaré, ¿voy a poder soportarlo? ¿le hará bien a mi bebé? Lo que quiero es que... independientemente del parto, del tipo de parto que sea, que sea lo mejor para mi bebé"* (J., 31 años).

La relación intrínseca entre el dolor el parto y el sufrimiento, el concepto puramente social, se origina a partir de los mitos, los prejuicios y la falta de información, y se aproxima de un discurso y de las prácticas primitivas e incluso hasta de las prácticas inhumanas. En ese sentido, la comunicación verbal y la reciprocidad entre médico-paciente ocurren por medio de una interacción entre el sufrimiento del paciente y el conocimiento médico, que empieza por el lenguaje⁸.

En Brasil, la deficiencia de información durante el prenatal, el modelo de asistencia y la hospitalización en el parto, le dan al médico el control y el poder de decisión sobre el proceso del parto, y simbólicamente, se establece la "subcontratación del parto", o sea, se da un fenómeno cultural de transferencia del control de la naturaleza fisiológica ejercido por la mujer embarazada para un control técnico, por parte del médico.

Los análisis de las entrevistas nos indican la existencia de un diálogo entre la embarazada y el médico, sobre las problemáticas relacionadas con el momento del parto. Cuando se les pregunta si consideraban suficiente la información recibida en el prenatal, algunas de las entrevistadas relataron una insatisfacción con la poca información que el médico les suministró, y la jerarquía establecida entre el médico y el paciente parece incomodar, como en el caso presentado a continuación, en que la entrevistada cuestiona y relata un hecho anterior en que el médico se negó a suministrarle informaciones. Esa situación demuestra típicamente una relación de poder. Cuando se le preguntó si las informaciones que recibió del médico eran suficientes, respondió de repente: *“No, lo tenemos que buscar fuera”*. Y añadió: *“Cuando tuve a mi primer hijo, fue algo que me molestó mucho con el médico... Yo quería hablarle sobre los tipos de parto y él me decía: ‘Tranquila, todavía falta mucho, todavía falta mucho’*. Y yo le refutaba: *“Pero doctor, yo quiero conversar, hay ciertas cosas en las cuales tengo dudas [...]”*. Y entonces él me respondía: *“Todavía falta mucho”*. Me iba dando largas, [...] fue eso lo que me hizo cambiarme de médico” (P. S., 29 años).

En el sistema público de salud, la información médica está más comprometida, el discurso se repite y está aceptado pasivamente por la embarazada, que busca apoyo en otras formas de conocimiento: *“[...] Mira, lo que sé hasta ahora lo aprendí yo sola, preguntando. Si espero por el médico, no logro gran cosa”* (J., 30 años).

La representación social del médico tiene como base el paradigma de la medicina científica cartesiana, que representa la “verdad”, y su discurso no debe ser refutado²⁶. Es una cultura en donde el conocimiento científico del modelo tecnocrático, favorece un tipo de asistencia obstétrica segmentada e intervencionista, con poco diálogo, y que busca adecuar las rutinas, los protocolos y los procesos informatizados al proceso dinámico, fisiológico y afectivo inherente al parto. Esa representación influye en el poder de decisión de la mujer que, en nombre de la seguridad, delega el comando del proceso al profesional especializado: *“[...] Él [el obstetra], es el que me va a guiar, para eso estudió, él sabe cuándo el niño reacciona a ciertas situaciones. [...] Claro que él influye en la decisión, tanto influye que mi médico me dijo: ‘¡En principio tendrás un parto natural! Pero volveremos a conversar con más intimidad’* (A.D., 31 años).

El miedo al dolor y a la falta de información han sido elementos fuertes de persuasión del médico para que la mujer acepte pasivamente la cesárea. La entrevistada, cuando el médico le preguntó sobre lo que prefería dijo lo siguiente: *“[...] No, si voy a tener un parto natural y sufrir mucho no quiero; en ese caso prefiero la cesárea. Entonces me dijo: ‘La cesárea, si quieres, la podemos poner para mañana. Pero no necesitas responderme ahora, veta a casa, piénsalo y después me llamas’* (S., 28 años).

En los Estados Unidos, los pacientes no pueden exigirles a sus médicos que les apliquen una terapia innecesaria o potencialmente perjudicial. En los Estados Unidos, ya se están dando debates éticos sobre la cesárea por exigencia materna, o sea, “por solicitud”. Existen controversias sobre el tema,

ya que una de las principales directrices de la asistencia obstétrica en el país se basa en el compromiso de los médicos en contribuir con la concesión de poder a las embarazadas, en el sentido de una toma de decisión conciente, y no basada en el miedo. Fundamenta sus relaciones en el respeto y el compromiso en educar, para una decisión compartida y conciente de las funciones del procedimiento elegido²⁷.

El miedo de no soportar el sufrimiento, de no poder estar a la altura del proceso y de perjudicar a su bebé, son los principales temores de las embarazadas, lo que contribuye para una conducta intervencionista del médico como medio de aliviar sus temores, principalmente cuando asume proporciones que involucran por entero la percepción de la mujer sobre el parto: *“[...] le tengo miedo al dolor, al sufrimiento, a todo. Al no saber cómo será, estoy preocupada en si estaré a la altura [...] Nunca me pasó antes, entonces no sé explicar lo que siento”* (C.G., 30 años).

Por otra parte, algunas entrevistadas asumen su falta de experiencia para enfrentar el primitivismo del sufrimiento materno que el dolor engendra. Con la aprobación del especialista, ellas exponen la realidad de nuestro siglo: *“[...] Y sufrir el dolor del parto en pleno siglo XXI no es algo de la gente moderna. [...] Pero creo que es la sociedad la que le pasa eso a uno, sobre que la cesárea es algo más sencillo”*. Al preguntársele si la cesárea representa mejor la cultura de la sociedad actual, ella responde: *“Claro, seguramente. Es porque tú no quieres esperar mucho tiempo, no quieres sentir tanto dolor. También me parece que la comodidad de los días de hoy no conduce a eso. Porque antiguamente creo, la cesárea no estaba tan al alcance como está hoy por hoy, se hacía en última instancia, cuando había alguna complicación; actualmente no. Yo misma ya hablé con mi médico. Le dije: ‘quiero la cesárea’. Y él me respondió: ‘Ok, vamos a hacerla’*. Entonces hoy es más fácil” (E., 26 años).

La respuesta escueta y directa del médico que está de acuerdo, para la embarazada es un simbolismo de la “verdad del conocimiento de la ciencia”, reforzando la representación social de que el parto es una etapa dolorosa e innecesaria y de que, para evitar esa etapa dolorosa, la mejor opción es, de hecho, la cesárea. Desdichadamente, en nuestra cultura en pro de la cesárea, pocos profesionales adoptan conductas educacionales y de poder de la mujer para una toma de decisión compartida y conciente.

La sociedad moderna intenta reprimir el horror al peligro y hacer callar los miedos que no pueden ser evitados. La vida con miedo, es más tolerable con el silencio, lo que no percibimos, lo invisible. Por lo tanto, el dolor y sus reflejos, y los miedos que provienen de él, no son suficientemente problematizados por el modelo biomédico, que parece valerse de la cesárea como una técnica para hacer callar y mitigar los temores de la representación social del dolor en el parto²⁸. En ese contexto, se confirma el postulado de que el dolor es la matriz de los miedos y de las preocupaciones de las embarazadas, en que radica la falta de conocimiento de su impacto en la evolución del parto, la repercusión sobre el concepto y el soporte técnico del alivio.

En resumen, que los temores presentes en los testimonios y en las expresiones no verbales de la mayoría de las entrevistadas tienen como constructores de la representación de dolor y sufrimiento, la desinformación y el modelo de asistencia obstétrica hospitalaria concentrado en la figura del médico, con el apoyo y el refuerzo de los medios de comunicación, en el sentido de reforzar los relatos de historias de otras mujeres.

Usándolo como un sentido figurado, el miedo al dolor y sus repercusiones, simbólicamente se concretan en la figura de un “monstruo” que “se enferma” en el proceso que hasta ese momento era fisiológico, que mancha el sentimiento de placer de ser madre y aparta la capacidad de la mujer embarazada de ejercer su protagonismo concientemente, apartándola de los sentimientos de la maternidad que muestran el verdadero sentido del parto, el placer de generar una vida. El miedo demanda interpretaciones socioculturales y suministra una identidad cultural al dolor de sufrimiento y superación. Ese miedo, al hacer un pacto con el modelo biomédico y los medios de comunicación, obstaculiza el protagonismo y ejerce su influjo en la toma de decisión de las mujeres.

Como colofón, podemos decir que hemos observado que el dolor tiene el poder de influir en el comportamiento de la embarazada a partir del miedo, y que se convierte en la génesis de otros sentimientos de aversión y de preocupaciones que envuelven el proceso del parto.

REFERENCIAS

01. Maldonado MTP – Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério, em: Maldonado MTP – Psicologia da Gravidez, 16ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2002;48-60.
02. Teixeira MJ, Okada M – Dor: Evolução Histórica dos Conhecimentos, em: Teixeira MJ – Dor: Contexto Interdisciplinar. Curitiba, Ed. Maio, 2003;15-51.
03. Guerci A, Consigliere S – Por uma antropologia da dor: nota preliminar. Ilha Rev Antropol, 1999;1:57-72.
04. IASP – International Association for the Study of Pain. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org>>. Acessado em 18 março 2010.
05. Zola IK – Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. Am Sociol Rev, 1966;31:615-630.
06. Moscovici S – O Fenômeno das Representações Sociais, em: Moscovici S – Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social, 6ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2009.
07. Pereira RR – Anestesia e Analgesia de Parto: Impacto na Amamentação, em: Carvalho MR, Tavares LAM – Amamentação: Bases Científicas. 3ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010;138-139.
08. Foucault M - Poder – Corpo, em: Foucault M – Microfísica do Poder. 25ª Ed, São Paulo: Graal, 2008;151-152.
09. Martins A – Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface Comun Saúde, Educ, 2004;8:21-32.
10. Helman CG – Dor e Cultura, em: Helman CG – Cultura, Saúde e Doença. 5ª Ed, Porto Alegre, Artmed, 2009;155-174.
11. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE et al. – Avaliação da Demanda para Cesariana e de Adequação de sua Indicação em Unidades Hospitalares do Sistema de Saúde Suplementar do Rio de Janeiro, em: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) – O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, ANS, 2008;95-126.
12. Jungmann M – Mulheres mudam de ideia durante gravidez e preferem cesariana, diz pesquisa. Disponível em: <<http://cienciaesaude.uol.com.br/ultnot/2008/05/07/ult4477u595.jhtm>>. Acesso em 07 maio 2008.
13. Thompson JB – A Mídia e a Modernidade: uma teoria social da mídia. 5ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2002;42-74.
14. Mazoni SR, Carvalho EC – Dor de parto: considerações históricas e conceituais. Rev Dor, 2008;9:1176-1182.
15. Minayo MCS – Técnicas de Análise do Material Qualitativo, em: Minayo MCS – O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11ª Ed, São Paulo, Hucitec, 2008;303-327.
16. Merleau-Ponty M – O Problema das Ciências do Homem segundo Husserl, em: Merleau-Ponty M – Ciências do Homem e Fenomenologia. São Paulo, Saraiva, 1973;28-33.
17. Geertz C – Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura, em: Geertz C – A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC, 1989;10-11.
18. Hofberg K, Brockington I – Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. Brit J Psychiatry, 2000;176:83-85.
19. Odent M - A Abordagem Etnológica – Comparando Culturas, em: Odent M – A Cientificação do Amor. Florianópolis, Saint Germain, 2002;13-17.
20. Sodré M – Sobre a Mídia. Rio de Janeiro, Eco, 1993; 9-25.
21. Heemann A – A Controvérsia sobre os Alicerces da Conduta Humana, em: Heemann A – O Corpo que Pensa: Ensaio sobre o Nascimento e a Legitimação dos Valores. 2ª Ed, Curitiba, Guerreiro Editora, 2005;71-77.
22. Badinter E – As Distorções entre o Mito e a Realidade, em: Badinter E – Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno. 9ª Ed, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985;331-333.
23. Beauvoir S – Situação – a Mãe, em: Beauvoir S – O Segundo Sexo: A Experiência Vivida. 2ª Ed, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2009; 682-683.
24. Griboski RA; Guilhem D – Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Texto Contexto Enferm, 2006;15:107-114.
25. Almeida NAM, Soares LJ, Sodré RLR et al. – A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. Rev Eletr Enf, 2008;10:1114-1123. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a_24.pdf>. Acesso em 07 maio 2008.
26. Spink MJP – Psicologia da Saúde: A Estruturação de Um Novo Campo de Saber, em: Spink MJP - Psicologia Social e Saúde: Práticas, Saberes e Sentidos. 6ª Ed, Petrópolis: Vozes. 2009;29-34.
27. Williams HO – The ethical debate of maternal choice and autonomy in cesarean delivery. Clin Perinatol, 2008;35:455-462.
28. Bauman Z – Sobre a Origem, a Dinâmica e os Usos do Medo, em: Bauman Z – Medo Líquido. Rio de Janeiro, Zahar, 2008;7-20.