

CREENCIAS POPULARES EN SALUD MATERNA

Popular beliefs regarding maternal health

Castellano Bentancur
Graciela S (1), Heinzen
Jimena (2), Nión Celio
María Soledad (3)

1 Doctora en Medicina, Estudiante de Posgrado de Epidemiología (F. Medicina), Asistente del Depto. Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, UdeLaR.
2 Dra. en Medicina. Residente de Med. Familiar y Comunitaria. Ayudante del Depto. Med. Prev. y Social, Fac. de Med., UdeLaR
3 Lic. en Sociología, Aspirante a Mter en Sociología (FCS), Ex - Asistente de la Unidad de Sociología de la Salud del Depto. Med. Prev. y Social, Fac. de Medicina, UdeLaR. Asistente del Depto. de Sociología, Fac. de Cs Sociales, UdeLaR

Graciela Castellano. Arizona 4836.
Canelones. Uruguay. Telefax:
005982 26012883. Tel: 005982
26012413. Móvil: 099343873.
sofiacastellano@gmail.com

Resumen

El trabajo se inscribe en el marco de la investigación “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad”.

Para la misma se utilizó un diseño abierto, exploratorio y descriptivo con un enfoque principalmente cualitativo. Los objetivos del presente trabajo son exponer los principales resultados vinculados a las creencias populares referidas por las usuarias que participaron de la investigación, y proponer la reflexión en torno a estas creencias y su relación con el “saber profesional”.

Como conclusiones del presente trabajo se destaca la situación propicia que encontramos en el país respecto a su sistema de salud, inmerso en un proceso de cambio donde habría cabida para la inclusión de la “perspectiva popular”. Sin embargo “saber profano” y “saber experto” no conviven dentro de los marcos de las instituciones de salud.

Si bien se observa un nivel de medicalización significativo, el discurso médico-científico permanece ajeno a las usuarias, asimismo, la figura de los profesionales de la salud es fuente de incertidumbre y miedo. Miedo provocado por el desconocimiento de lo que sucede en el pre-parto y parto, así como relacionado al trato por parte del equipo de salud.

Palabras clave: Embarazo, creencias populares, salud

Recibido: 26 de junio de
2012. Aceptado: 30 de
septiembre de 2012

Abstract

This work falls within a research framework called “Popular beliefs and practices around pregnancy and childbirth: an approach to the health-disease process”. An open, exploratory and descriptive design with qualitative perspective was used.

The purposes of this paper are to describe the main results related to popular beliefs expressed by users participating in the research and to think about these beliefs and their relationship with “expert knowledge”.

As a conclusion, the favorable situation found in our country as regards the health system is remarkable. It is undergoing a process of change in which it would be possible to include the “popular perspective”. However, “common knowledge” and “expert knowledge” do not live together within health institutions.

Although an important medical level is observed, the medical-scientific discourse is still considered difficult to understand by common users. Besides, the figure of health professionals is a source of uncertainty and fear. Fear caused by the ignorance of what happens during pregnancy and childbirth, and also related to the treatment provided by health professionals.

Key words: Pregnancy- popular beliefs- health

Introducción

En el marco de la investigación “Exposición a subproductos de la desinfección del agua durante el embarazo y el bajo peso al nacer en Montevideo en el bienio 2009-2010”, desarrollado por el Departamento de Medicina Preventiva y Social (Facultad de Medicina) con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), de la Universidad de la República (UdelaR), se desarrolló en el 2010 un Programa de Educación para la Salud orientado a mujeres gestantes de la ciudad de Montevideo. El mismo se ha consolidado como un proyecto de extensión “Educación para un embarazo saludable” (Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio, UdelaR. 2010) y cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud Pública y la Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), de las autoridades del Área Salud del Banco de Previsión Social (BPS), y la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).

A partir de las actividades educativas de dicho programa, surge la necesidad de elaborar un marco teórico y una conceptualización de la salud que tenga en cuenta el universo cultural de las participantes. Es así que el equipo de investigación se ha propuesto profundizar en el conocimiento sobre las concepciones, creencias y prácticas populares vinculadas a la salud materna, que sirva de sustento teórico para el mejoramiento de programas de educación para la salud en el embarazo, tanto el que se menciona anteriormente, como otros posibles. En este sentido es que las autoras se proponen impulsar una investigación en torno a las creencias y prácticas populares, que se concretó en el proyecto “Creencias y prácticas populares en torno al embarazo y parto: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad”, desarrollado en los años 2010 y 2011. La estructura ya montada en las policlínicas a partir de los proyectos anteriormente descritos, facilitó enormemente la concreción de la investigación.

Se incluyeron mujeres usuarias de policlínicas (ASSE, IMM y BPS). Específicamente se entrevistó a mujeres gestantes de la zona noreste y noroeste de la capital del Uruguay, distribuida en barrios que si bien representan una cierta heterogeneidad en términos de su situación socioeconómica, corresponden a zonas de la sociedad poco aliviadas en este sentido. Se trata de una población que concentra un importante número de personas, que en una proporción significativa tiene y ha crecido en un contexto histórico de inserción laboral precaria e inestable, clima educativo (formal) bajo, con déficits de salud (porcentajes de retraso de talla grave), y padece de exclusiones sociales múltiples. Por tanto, es una

población para la cual el diseño de programas de prevención y promoción si bien está difundido, demanda de un abordaje específico, que se sitúe a partir del marco de referencia socio-cultural (de creencias, de prácticas), y necesariamente sea acercado a profesionales y tomadores de decisiones en tema de salud (sea trabajen directamente con la población o no).

El enfoque general desde el cual se parte es aquel que entiende que *“Salud y enfermedad expresan una relación que atraviesa el cuerpo individual y social, confrontándose con turbulencias del ser humano en cuanto ser total. Son fenómenos clínicos y sociológicos vividos culturalmente.”* (Minayo, MCS, 2004). Por tanto, la premisa que guió el trabajo fue la necesidad de ampliar las bases conceptuales de las ciencias de la salud, de modo de lograr una más amplia y real aproximación a la complejidad de los fenómenos de salud – enfermedad, que sean acordes a las poblaciones con las cuales se está trabajando. Esta complejidad se ve reflejada en las concepciones y prácticas populares relativas a la maternidad, sus creencias, siendo importante conocerlas e integrarlas a la hora de diseñar e implementar programas de educación para la salud, de modo de que los contenidos de dichos programas reflejen también las perspectivas culturales de la población beneficiaria.

Los objetivos del presente artículo son: 1) exponer y describir los principales resultados relativos a las creencias populares que manifestaron las usuarias, y 2) proponer algunas reflexiones en torno a estas creencias y su relación con el saber experto.

Aproximación metodológica

Para el cumplimiento de los objetivos del proyecto mencionado, se optó por un diseño mayoritariamente cualitativo, en la medida que el mismo permite aproximarse de manera contextual y profunda al fenómeno aquí planteado (construcción de creencias y prácticas en salud materna) en sus dimensiones social y cultural. De esta manera se buscó comprender el mundo de significados y valoraciones que se construyen y reconstruyen en torno al mismo. Se pretendió aprehender los comportamientos y motivaciones de las mujeres embarazadas enmarcadas dentro de un sistema de relaciones sociales y familiares en el cual se comparte un esquema de significaciones sobre la maternidad, la salud de la mujer, la salud del feto y los servicios de asistencia sanitaria. Como señala Tarrés (2001) la comprensión de la experiencia vivida por los seres humanos que, pese a la influencia de las estructuras, poseen espacios de libertad y son sujetos portadores y productores de significados sociales o culturales.

Partiendo del discurso como fuente de información, desde una perspectiva cualitativa, esta investigación se alimentó de técnicas que permitieron profundizar sobre las percepciones de las mujeres sobre su salud en general, su salud sexual y reproductiva, y su vínculo con los Centros de Salud, teniendo a la perspectiva de género y de derechos como categorías transversales. De acuerdo a esto, al tipo de conocimiento al cual se aspiró, considerando a su vez aspectos operativos, la técnica de relevamiento adecuada y de mayor factibilidad fue la entrevista. Mediante dicha técnica, *“...a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, se logra la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo...”* (Alonso, 1998).

La pauta de entrevista estuvo enfocada a profundizar en las siguientes dimensiones: caracterización de la entrevistada (si es primípara o múltipara, por ejemplo); actitud frente a la salud durante el embarazo; creencias sobre la salud en el embarazo; características del grupo social de pertenencia; papel del médico/a en el embarazo y el parto; papel de las recomendaciones profesionales frente a la salud en el embarazo; papel de las recomendaciones y de las prácticas del grupo social de pertenencia frente a la salud en el embarazo y el parto; miedos relacionados a la salud durante el embarazo y en el parto, entre otras dimensiones que fueron surgiendo en el transcurso del desarrollo de las entrevistas y el campo en general.

Como es sabido, en la investigación cualitativa, la representatividad se da a través de la

selección de informantes (actores) estereotípicos, dada la población y el fenómeno que se quiere conocer. A través de dicha selección se busca lograr la representatividad en términos analíticos, tomando distancia de la representatividad en términos estadísticos. En esta investigación se utilizó la variante de *muestreo por juicio*: la selección de las unidades se realizó a partir de ciertos criterios conceptuales, buscando una especie de representatividad teórica del universo de estudio (Scribano, 2008). En nuestro caso: mujeres adultas o adolescentes, policlínicas de atención periférica o central, que fuesen primíparas o múltiparas, y con embarazos de alto o bajo riesgo. Se realizaron en total 28 entrevistas a mujeres de distintas semanas de gestación, las cuales se distribuyeron (a posteriori) de la siguiente forma:

Cuadro 1- N° de entrevistas realizadas según perfiles teóricos

POLICLINICA	EDAD	EXPERIENCIA	N° ENTREVISTAS
Periférica	Adulta	Múltipara	7
Periférica	Adulta	Nulípara	3
Periférica	Adolescente	Nulípara	1
Central	Adulta	Múltipara	8
Central	Adolescente	Múltipara	1
Central	Adulta	Nulípara	7
Central	Adolescente	Nulípara	1
Total entrevistas realizadas			28

Por último en términos del abordaje cualitativo, cabe señalar que se utilizó en este estudio el software Atlas ti como herramienta que facilitó la condensación de los datos, su análisis y presentación.

Asimismo, se utilizó el relevamiento de información mediante un formulario auto administrado a las mujeres presentes en sala de espera de los controles obstétricos donde se realizaban las entrevistas. En dicho formulario se abordaron dimensiones relacionadas a las creencias de las mujeres en relación a la salud materna y al rol de los médicos, más algunas variables de tipo socio demográficas. En total se aplicaron 40 formularios.

Complementariamente, se recogió información vía un cuestionario auto administrado, con el espíritu de relevar un mayor número de creencias y prácticas de estas mujeres. Los mismos (40 en total) se aplicaron en las salas de espera tanto a las mujeres entrevistadas como a otras, no conformando más que un tipo de información extra y sin intenciones de realizar procesamientos estadísticos complejos.

Creencias y prácticas en torno al embarazo y el parto según las mujeres entrevistadas

En nuestro medio, la perspectiva sociocultural dominante está marcada fuertemente por la medicalización, observándose una relativa desvalorización de las creencias populares que quedan restringidas mayoritariamente al dominio de la indagación del sexo del futuro bebé, o creencias sobre el manejo del estrés del parto y el desencadenamiento del mismo ligado a fenómenos naturales: las tormentas, las fases de la luna, entre otros.

A continuación se presentan los principales resultados de la investigación de acuerdo a los siguientes aspectos: momento en que se capta el embarazo, hábitos y cambios de hábitos, motivaciones, recomendaciones médicas y sus dificultades, creencias respecto al sexo del bebé, el parto, miedos y estrategias frente a esos miedos.

Momento en que se capta el embarazo

Tal como mencionamos en el capítulo metodológico, las entrevistas fueron realizadas en el ámbito hospitalario, así como en centros de atención del primer nivel de la periferia

de Montevideo.

Afirmando la idea anterior respecto a la medicalización de la sociedad, las mujeres relatan una asistencia inmediata al control médico, una vez se presume un embarazo o se constata por métodos rápidos (examen de orina de venta libre).

1- *Si yo te entiendo... este y ¿cuándo consultaste al médico? Ahora, en este embarazo digamos...*

2- *Enseguida, ni bien tuve la confirmación del embarazo, enseguida.*¹
(Policlínica periférica, Adulta, Multípara)

El embarazo es percibido en nuestra sociedad, por la mayoría de las mujeres como una situación excepcional en su salud, más cercana a la enfermedad, que requiere de cuidados especiales, que una etapa vital del ciclo de vida de la mujer.

El embarazo: hábitos, motivaciones y recomendaciones médicas.

Siguiendo a Lartigue (2001) y Hecker (2007), entre otros autores, para algunos individuos el embarazo es visto como una situación de vulnerabilidad y “amenaza” en relación a la salud de la mujer, que le impone límites y moderaciones para atender esa situación de “riesgo”. En otras sociedades y grupos, el embarazo es visto como un evento natural en la vida de la mujer, sin acarrear mayores problemas de salud y por tanto no se concibe como necesario un sistema de prohibiciones estricto, aunque sí es considerado un *estado particular dentro de la condición de salud*. (Hecker, A., 2007) (Pesce, P., 1992).

Los hábitos que aparecen en las entrevistas como importantes vinculados al cuidado de la salud, en tanto motivo de interés y preocupación, son sobre todo los relativos a la alimentación, el control de los esfuerzos físicos, así como también la importancia del control de las emociones para transitar por un embarazo sano y dar a luz un bebé sano. Este último parece ser un aspecto poco abordado por parte del sistema de salud.

1- *Entonces, en la familia o en el barrio, ¿la gente te dice más o menos lo mismo que acá?*

2- *En realidad me dicen que haga caso lo que me dice el médico.*
(Policlínica central, Adulta, Multípara)

Comer sin sal y ta´ más sano de lo que yo comía.

(Policlínica central, Adolescente, Nulípara)

Bueno saqué los fritos y empecé a comer más verduras, que antes muy rara vez comía.

(Policlínica central, Adolescente, Nulípara)

Las mujeres entrevistadas parecen tener muy presente la importancia de una alimentación balanceada, pero sus hábitos alimentarios serían bastante diferentes a los propuestos desde la medicina. Como indica el cuadro 2, en el análisis del cuestionario auto administrado también se da cuenta de esta noción de preocupación por una alimentación saludable durante el embarazo, siendo la recomendación de cuidado más frecuentemente enunciada por las embarazadas.

Cuadro 2- Recomendaciones durante el embarazo

CUADRO 2 - TOP 3 de Recomendaciones durante el embarazo (datos formulario autoadministrado)	
1°	Cuidar la alimentación
2°	Control del embarazo
3°	No fumar ni permitir que fumen

1 A partir de aquí 1 refiere a la entrevistadora y 2 a la entrevistada.

Es de destacar que las otras dos recomendaciones más frecuentemente mencionadas- *control del embarazo y no fumar ni permitir que fumen-* entran, también, dentro de lo considerado “correcto”, es decir, están en consonancia con las recomendaciones generales que suelen darse desde los equipos de salud. Esto puede deberse a que la totalidad de las mujeres entrevistadas fueron invitadas a participar en el presente proyecto en el marco de instituciones de atención a la salud y durante su control de embarazo.

Suelen ser importantes las menciones a cambios de hábitos durante el embarazo que refuerzan la idea de *vulnerabilidad*, de *estado particular* del mismo, ya mencionado anteriormente. Lo podemos ejemplificar en el siguiente fragmento de entrevista:

Lo que no hay que hacer son cosas excesivas para tu cuerpo, por ejemplo, lavar pisos no puedo... caminar mucho tampoco, estuve internada con riesgo que nazca antes. No comer nada que te caiga mal es lo principal... no bañarte sola, ya casi me caí dos veces... no estar sola lo principal es no estar sola, estas vulnerable...

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

Los consejos médicos muchas veces se contraponen a la perspectiva popular, como en este caso, con relación a los hábitos alimenticios y a la idea de que la mujer embarazada debe comer en abundancia y sin límites.

No. Solamente de la alimentación, ahora me acordé que la partera me dice que no coma mucho y mi padre me dice sí, comé, comé!

(Policlínica periférica, Adolescente, Nulípara)

Observamos también, que las recomendaciones del equipo de salud pueden implicar limitaciones para una mujer que, en general, divide su tiempo entre múltiples actividades, domésticas, del hogar, el cuidado de los niños, pero también las tareas laborales externas.

1- *¿Y te cuesta tener que cambiar eso?*

2- *Sí me cuesta porque con mi nene... de repente la ropa no la puedo lavar, la tiene que lavar mi suegra porque yo no puedo andar haciendo fuerza y para limpiar y con mi hijo no puedo que tengo que andar cinchando de acá para allá...*

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

En relación al entorno próximo de las mujeres entrevistadas, el mismo centra sus recomendaciones en torno al auto- cuidado y la tranquilidad como cambios de hábitos a incorporar durante el embarazo.

Mi madre me da recomendaciones, que no hacer, que no limpie, que no haga esfuerzo, no puedo barrer... no me dan otras recomendaciones, nadie más.

(Policlínica central, Adolescente, Nulípara)

Una mención especial merecen otras recomendaciones, en las que se ponen en juego saberes populares que no necesariamente son abordados en la consulta.

2- *Ah sí, que no tome café*

1- *Que no tomes café, y ¿por qué?, ¿quién te dice eso?*

2- *Las viejas, yo tomo igual.*

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

Aquí se observa cómo se introduce la idea de la *mujer anciana* como portadora de un saber diferente, o portadora de un saber, que aunque no se respeta en este caso, es tenido

en cuenta, existe. Dicho saber también es considerado como un saber persistente a pesar de los cambios en la sociedad.

No, sigue igual, sigue igual... según el grupo de gente, si hay muchas embarazadas, si hay viejas... eso siempre va a estar.

(Policlínica periférica, Adulta, Multípara)

Aunque poco relacionados con los cambios en los hábitos durante el embarazo, aparecen otro tipo de consejos que muchas veces operan como depositarios de esperanzas, miedos, posibles explicaciones a problemas, entre otras cosas. A modo de ejemplo,

Claro, las creencias populares... que las lunas no sé, por ejemplo respecto a tu fecha de parto, a los antojos, los dolores, la picazón de acá... hay cosas que a uno le dicen permanentemente...

(Policlínica periférica, Adulta, Multípara)

A pesar de estar presente, este *saber popular* parece ser desvalorizado, poco útil, o -cuando es tenido en cuenta- el mismo opera reforzando las recomendaciones médicas.

1- *¿Y cosas que te hayan recomendado más tipo amigas o parientes?*

2- *Sí, pero yo que sé, pero como que no escucho mucho esas cosas.*

(Policlínica central, Adulta, Nulípara)

Creencias respecto al sexo del bebé

Entre las creencias populares que se sostienen y persisten están las ligadas a la indagación del sexo del bebé, éstas adoptan múltiples formas, desde las pruebas externas con objetos, hasta la observación de la forma del abdomen, o ligadas a determinadas conductas maternas. Este saber persiste, oculto, se transmite entre mujeres y se percibe a las mujeres mayores como sus depositarias. Reflejo de ello puede ser la siguiente cita de entrevista:

Sí, si le das la espalda al dormir a tu esposo, es varón, yo no podía dormir mirándolo a él, estaba cómoda mirando al otro lado, esto me lo dijo primero una señora mayor en la policlínica, luego yo lo comprobé. También están las pruebas de la cuchara y el tenedor, eso me lo dijeron mis hermanas...

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

La indagación del sexo del niño o niña no parece tener mayores repercusiones o riesgos para la salud de la embarazada o el feto, sin embargo forman parte de los *rituales* que llevan adelante muchas de las mujeres y sus familias. En este sentido y dado que estas tradiciones están cargadas de expectativas no deberían ser excluidas de los intentos de comprensión del embarazo en tanto *estado particular* no solo físico, sino social y afectivo.

Creencias y hábitos en el parto.

La experiencia en torno al parto, centraliza las expectativas relativas al embarazo, sobre todo en las embarazadas primíparas adolescentes. Aunque, también pero se observan dichas expectativas en mujeres multíparas adultas, pues cada situación renueva la incertidumbre y pone a prueba la capacidad de la mujer de lidiar con el miedo, el dolor, y la posibilidad de lo imprevisible.

No en el primero no tenía miedo porque no sabía lo que pasaba, quería que pasara todo tan rápido que no me daba cuenta de lo que me estaba pasando, tenía 16 años.

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

1- Bueno y hoy estuvimos hablando un poco de los miedos y que miedos podían llegar a tener, ¿tenés algún miedo en particular que vos te hayas planteado con respecto al embarazo?

2- Mi miedo es del dolor del parto...

1- ¿Y qué te han dicho de eso?

2- Nada escuchas de todo, que parece que se te desgarrara todo, que esto que lo otro...

(Policlínica periférica, Adolescente, Nulípara)

El miedo al parto está presente más allá de las experiencias previas de las mujeres y en ocasiones, incluso, condicionado por las mismas o experiencias de mujeres cercanas. Con relación a los consejos que recibe una embarazada, siguen teniendo importancia como recurso para enfrentar el momento del parto, además de los consejos médicos, los que recibe de las mujeres de su entorno inmediato. Por ejemplo,

Sí, mi hermana, mi hermana la única que me dice es un dolor más fuerte que el de una muela pero es el dolor más lindo que vas a sentir en tu vida, después nada... tomo los consejos más bien de mi madre y mi hermana.

(Policlínica periférica, Adolescente, Nulípara)

Entre las creencias que se difunden, encontramos algunas relacionadas al comportamiento del equipo de salud que la atenderá en el momento del pre-parto y parto, para lo cual las sugerencias de las referentes cercanas se centran en el respeto hacia los profesionales de la salud y el control de las emociones en ese momento.

Por otro lado y con relación a las creencias populares ligadas a este acontecimiento, persiste la idea entre las mujeres de una relación entre el parto y algunos fenómenos naturales, como las tormentas y las fases de la luna.

Por ejemplo, si llueve, si llueve y hay tormenta se adelantan los partos... yo que sé. Qué otra cosa... si perdés el tapón mucoso enseguida vas a tener familia... y se sabe que no es tan rápido, algunas ni lo pierden o ni se enteran... y hay otras que son más rústicas, ahora no me acuerdo... si comés mucho chocolate te ayuda a adelantar el parto. Son unas cuantas, si se hace la luna... tenés familia. Antiguamente se usaba, no me acuerdo si es luna llena o luna nueva...

(Policlínica periférica, Adulta Multípara)

Otras cosas, el cambio de luna... dicen que cuando viene el cambio de luna viene el parto. Igual con las tormentas, pero cuantas tormentas han pasado y nada... las tormentas siempre esperé, pero nada, ni ahí.

(Policlínica periférica, Adolescente, Nulípara)

Las creencias populares persisten, expresando para algunas mujeres una idea de integralidad entre el parto como fenómeno fisiológico y el resto del mundo natural.

Miedos y estrategias frente a esos miedos.

Es en la trayectoria del proceso de pre- parto y parto donde afloran mayormente los miedos, siendo aquellos relacionados al trato (más específicamente al “maltrato”) y atención por parte del personal de salud los que emergen con mayor relevancia. Dicho miedo se alimentaría tanto por experiencias propias anteriores -en aquellas mujeres multíparas- como de experiencias de referentes socio-culturales (familiares y amigas).

1- ¿Algún miedo que tengas del parto mismo?

2- Que me cosan.

(Policlínica central, Adulta, Nulípara)

Llegué como a las 5 de la mañana y a las 7 nació, y me hicieron pujar en la sala de pre- parto, me hicieron pararme y caminar hasta la sala de parto a tenerlo ahí y como que no salía más y después me cortaron mucho y me cosieron todo mal y me trataron re mal, hasta el día de hoy tengo todo mal por ellas.

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

El reclamo de un buen trato, se repite en mujeres de todas las edades y experiencias previas, es decir, tanto nulíparas como experimentadas. Por ejemplo,

Lo agarré por un impulso de no quedarme sola ahí, porque llega a nacer o algo vos qué sabes, por más que tengas 10 no sabés, no es que uno tiene lo agarra y ta te vas. Y ta, que te traten bien, no? Digo.

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

2- *Te dicen cosas con respecto al parto, siempre te están diciendo de eso.*

1- *¿Por ejemplo?*

2- *De que te cortan, de que te cosen, que te gritan, que te tratan mal, todo eso.*

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

Un factor que puede estar en juego con respecto al miedo al parto es la ausencia de espacios, en términos generales, para la preparación del mismo en el sub- sector público. En este marco, el desconocimiento actúa como un factor productor de ansiedad.

Claro ya te vas preparando, en el primero como que: ay ¡voy a tener un hijo! Pero después como que le vas tomando más respeto al asunto, no es tanto el miedo o lo que te hagan, porque no te van a hacer nada malo; el tema es como te hablan, porque yo soy muy sensible de cómo me hablás si a mí me gritan estúpida me muerdo.

(Policlínica central, Adulta, Multípara)

Se destaca en el discurso de las entrevistadas, la necesidad de “ser escuchadas” por el personal de la salud durante todo el proceso (gestación y nacimiento) como así también contar con la compañía de la pareja o familiar próximo en el momento del parto. Cabe señalar que esta necesidad de intercambio sobre la experiencia del embarazo no encuentra eco en esta población, en la posibilidad de asistir a clases de preparación para el parto como sí sucede en aquellas mujeres que asisten a mutualistas o servicios privados. Esto último, es una necesidad que las propias mujeres embarazadas entrevistadas sienten, tanto para poder intercambiar experiencias como para poder incorporar los conocimientos que le permitan transitar durante el embarazo y el parto con mayor tranquilidad sobre lo que les está sucediendo (necesidad de saber que “está todo bien”, que es “normal” lo que sucede).

Podríamos decir que la posibilidad de generar espacios para la formación pero también para el intercambio entre iguales, enriquecería los programas de salud sexual y reproductiva que se enfocan en la prevención y la promoción de la salud de la mujer embarazada.

También es expresada la necesidad de estar acompañadas en el parto y del trato durante el mismo por la mayoría de las mujeres, que contestaron a ¿Cuáles son las tres cosas más importantes a tener en cuenta en el momento del parto para garantizar la salud de la madre?, del formulario auto administrado.

Cuadro 3. Recomendaciones durante el Parto

CUADRO 3 TOP 3 de Recomendaciones durante el parto (datos formulario autoadministrado)	
1º	Tranquilidad / Estar acompañada
2º	Atención adecuada

Reflexiones finales

El presente trabajo ha pretendido exponer algunos de los hallazgos en torno a las creencias y prácticas en salud materna desde la voz de las mujeres embarazadas entrevistadas.

Desde la perspectiva de las autoras es necesaria una integración efectiva de dichas creencias y prácticas en el modelo asistencial uruguayo, entendiendo que si bien existen indicios de estar caminando en ese sentido (Ver Castellano – Heinzen – Niñón, 2010), persiste la necesidad de profundizar tanto a nivel teórico como programático en este sentido.

Se considera que no es posible construir modelos de salud integrales, capaces de responder a las necesidades reales de la población, que generen resultados positivos para el conjunto del colectivo social, si no se tienen en cuenta las bases culturales y el modo de vida de quienes hacen usufructo de los servicios. Si no se establece, en definitiva, un verdadero vínculo entre “saber popular” y “saber experto”.

En el Uruguay, este es un tiempo de elaboración de cambios, de generación de nuevas subjetividades en torno a la atención a la salud, lo que implica un largo proceso donde existen múltiples responsabilidades. La sociedad como un todo atraviesa este proceso, y sus manifestaciones son múltiples y diversas.

Por un lado, se observa un esfuerzo de participación en algunos sectores populares en la gestión del actual sistema de salud, lo cual implica un avance significativo si comparamos con el modelo anterior. Por otro lado, diversas organizaciones sociales vinculadas sobre todo a las cuestiones de género, reclaman no haber sido incluidas en las etapas de planificación y diseño de programas de salud sexual y reproductiva.

En su conjunto, entonces, la sociedad busca modos de enfrentar la complejidad de este proceso, donde se contraponen el gran desarrollo tecnológico de la medicina biomédica, con la necesidad de una medicina más humanizada e integral. Pero este esfuerzo no es susceptible de ser aprovechado por todos los grupos sociales, en la medida que el diseño de las estrategias de participación sigan basándose en la concepción técnico hegemónica de la salud y de las políticas sociales en general.

Futuras investigaciones e intervenciones a nivel comunitario deberán indagar y acompañar procesos de construcción colectiva en torno a conceptos como salud y participación social de los distintos actores involucrados, en vistas a favorecer ámbitos dialógicos que promuevan un mayor control de su salud por parte de las comunidades.

Asimismo, la integración del conocimiento sobre las creencias y prácticas de las usuarias en materia de salud materna serán un pilar fundamental para el éxito de las políticas orientadas a la promoción de las conductas preventivas en este tema, sin el cual los indicadores podrán brindar resultados cuantitativos significativos pero cualitativamente alejados de los marcos de referencia de la población objetivo.

Como se ha podido apreciar, las mujeres entrevistadas sin distinción de edad ni tipo o número de embarazo experimentan su situación de salud como paradigmática en sus vidas. Esto implica la necesidad de cuidados especiales durante el embarazo, impulsados en muchos casos tanto por los y las profesionales que acompañan su situación como así también por sus referentes socioculturales. Dentro de esos cuidados muy especialmente cobran relevancia aquellos relacionados a la visión médica hegemónica: alimentación saludable, no consumo de tabaco, alcohol o drogas, entre otros. Esto nos sugiere un nivel de medicalización significativo entre las entrevistadas no sólo por su concurrencia a los controles obstétricos (donde fueron captadas por nuestra investigación) si no también en la priorización de los elementos insoslayables a una buena salud durante el embarazo. En este sentido, “saber profano” y “saber experto” no conviven dentro de los marcos de las instituciones de salud. El primero se mantiene latente e incluso se desprestigia frente a la legitimidad social del segundo. No obstante, el discurso médico-científico es ajeno a estas mujeres, e incluso en muchos casos la figura de los profesionales de la salud puede ser fuente de incertidumbre, ansiedades y miedos. Dentro de esos miedos encontramos el provocado por el desconocimiento de lo que sucede tanto en el pre-parto como en el parto,

como así también aquel relacionado al trato por parte del equipo de salud.

Ahora bien, también hemos observado en las entrevistas la oportunidad que significa para el buen tránsito durante el embarazo cuando el vínculo con los y las profesionales de la salud es de confianza y comprensión.

Observamos, entonces, que el vínculo estrecho y continuo con profesionales de la salud, enfocado a empoderar a las mujeres tanto en el transcurso del embarazo como en el parto y la posible interacción con otras embarazadas para el intercambio, serían marcos altamente significativos para: i) la vivencia del embarazo y el parto como situaciones que marcan hitos en la vida de estas mujeres, y ii) el mayor éxito de las recomendaciones médicas para dicho período.

Sería de gran valor el elaborar políticas de salud materna para esta población de mujeres, y programas de formación de los profesionales de la salud, que estén en estrecho conocimiento de los derechos de las personas en general y de las mujeres en particular, como así también que revaloricen las creencias y las prácticas de las usuarias.

Bibliografía

1. Observatorio de la Intendencia Municipal de Montevideo <http://intgis.montevideo.gub.uy/sit/aplicaciones/urball10/index.php> - junio 2010- e Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.gub.uy/microdatos/microdatosnew2008.asp> -junio 2010-.
2. Minayo, MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saude. 2004. 7ª Ed. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec.
3. Aguinaga Roustan, J.; Comas, D.; Díaz, M. A.; López, A. E.; Manrique, A.; Ochoal, J.M. Evaluación de la percepción de la problemática de la salud. REIS 1983. N° 23. NOTAS DE INVESTIGACIÓN. :141-158.
4. Mitjavila, M. – Fernandez, J. Factores sociales, salud y enfermedad. DIBARBOURE, H. & MACEDO, J. Introducción a la medicina familiar. 1998. Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República, Montevideo: 506-519.
5. Lostao, L. Factores predictores de la participación en un programa de «screening» de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. REIS. 2000. N° 92. Octubre- Diciembre :169 -188.
6. Romero, S. Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. Cuadernos del CES. 2009. Num. 5. Diciembre. Montevideo. : 38-45.
7. Mitjavila El saber médico y la medicalización del espacio social. 1998. DT n° 33 DS FCS Udelar Montevideo
8. Nievas, F. El control social de los cuerpos. 1999. Eudeba, Buenos Aires.
9. Hecker, A. – de Olivera, N. – Selli, L. “Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença.” REBEN. Brasilia 2007 jan-fev: 60(16);42-48
10. Pesce, P. Mitos y creencias de la lactancia materna / Myths and beliefs about breast feeding. 1992. Santiago de Chile; Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería; jun. 1992. 95 p. Idioma: Es. Tesis
11. Lartigue, T. Myths and taboos of motherhood: focusing on the health-disease process. Perinatol.Reprod. Hum. 2001 Num. 15:75-88.
12. Pelcastre, B.- Villegas, N.; De León, V. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. En Rev. Esc. Enferm. 2005. USP;39(4):375-382, dez.
13. Luz A.M. - Bernini, S. Rev Bras Enferm. 2007 Jan-Feb;60(1):42-8
14. Perovic, N.; Cristaldo, P.; Barragán, B.; Lagranja, E. Representaciones contemporáneas de mujeres embarazadas tobas entorno al consumo de alimentos durante el proceso de gestación. Diaeta (B. Aires);2006. abril - junio. 24(115):15-21.
15. Amorín, D.- Carril, E. - Varela, C. Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En: LÓPEZ GÓMEZ, A. (Coord.)

Proyecto Género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo. 2006. Ed. Trilce, Montevideo.

16. Barrán, P. Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. La medicalización de la sociedad. 1992. Nordan/Goethe-Institute, Montevideo.

17. Ley 18.211. 2007. <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> - agosto 2010-

18. Abracinskas, L; - López Gómez, A. Monitoreo de Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva. 2º Encuentro Universitario “Salud, Género, Derechos Sexuales y Reproductivos. Avances en investigación nacional.” Montevideo, 2006. Udelar, Facultad de Psicología, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.

19. Ley 18.426 Defensa Del Derecho A La Salud Sexual Y Reproductiva. 2008. <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426> – agosto 2010-

20. Mitjavila, M.- Moreira, C.-Fernandez, J. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State? 2002. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):1103-1120, jul-ago.

21. Castellano – Heinzen – Niñón (2010) “Creencias populares en torno a la salud materna y el modelo asistencial predominante”. Revista de Salud Pública, (XIV) 2: 32-46, dic. 2010. Escuela de Salud Pública, Córdoba – Rep. Argentina.

Otras fuentes:

DecretoNº47/2006. http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/acompanamiento_en_el_parto_reglamentacion.pdf -agosto 2010-

MSP. Normas de atención a la mujer embarazada. 2007 http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_atencion_mujeres_embarazadas.pdf -agosto 2010.