

# LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA: UN ESTUDIO CUALITATIVO DESCRIPTIVO SOBRE LAS PERCEPCIONES DE UN GRUPO DE MUJERES

Chang Yi Wey<sup>1</sup>, Natália Rejane Salim<sup>2</sup>, Hudson Pires de Oliveira Santos Junior<sup>3</sup>, Dulce Maria Rosa Gualda<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital, la Universidad de Sao Paulo.

<sup>2,3,4</sup> Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender las experiencias y percepciones de un grupo de mujeres en relación con la práctica de la episiotomía en el parto. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo en un hospital de enseñanza en São Paulo. Los datos fueron colectados a través de entrevistas semi-estructuradas con 35 mujeres multíparas que dieron a luz a sus bebés con y sin episiotomía. El análisis permitió la identificación de las siguientes categorías: Depende del tamaño del bebé, facilita el parto; Depende de cada mujer; La mujer no se queda abierta; y La episiotomía no es necesaria. Los relatos muestran que hay faltas de aclaraciones y de conocimiento sobre esta práctica, lo que hace que el papel de la decisión acabe en manos de los profesionales. Es importante que el panorama del conocimiento profesional de la evidencia científica, el conocimiento de los usuarios vinculados a los derechos y el respeto de su individualidad.

**Descriptor:** Episiotomía; Asistencia a la salud; Enfermería obstétrica.

## INTRODUCCIÓN

Delante de los diferentes momentos histórico-asistenciales, las prácticas de atención a la mujer en el momento del parto y nacimiento vienen siendo modificadas. La institucionalización del parto del último siglo trajo una serie de procedimientos de rutina, que resultaron en la medicalización del proceso de nacimiento.

En el cuadro indiscriminable del uso de estos procedimientos y del gran número de intervenciones desnecesarias con impacto negativo sobre la morbilidad perinatal, se pasó a reflexionar sobre la práctica obstétrica en la perspectiva de la medicina basada en evidencias, que tiene como propuesta el uso criterioso, consciente y explícito de prácticas exitosas, de forma que éstas guíen las decisiones asistenciales tomadas en el atendimento al individuo<sup>(1-2)</sup>.

En Brasil, las recomendaciones del Ministerio de Salud buscan promover la práctica obstétrica basada en evidencias como compromiso profesional indispensable para la promoción de la salud<sup>(3)</sup>, cuyas directrices están en conformidad con las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), de entre ellas el guía "Asistencia al Parto Normal: un guía práctico"<sup>(1)</sup>.

Tal publicación presenta un conjunto de prácticas que visan a la promoción del parto y nacimiento saludables y la prevención de la mortalidad materna y perinatal. Las prácticas asistenciales están categorizadas en los siguientes grupos: A) referentes a las prácticas que son utilizadas y que deben ser encorajadas; B) *Online Brazilian Journal of Nursing. v.10, n.2 (2011)*

prácticas consideradas ineficaces y que deben ser abandonadas; C) prácticas que son utilizadas, no obstante, deben ser profundizadas, debiendo, por eso, ser utilizadas con cautela; y D) prácticas que son utilizadas frecuentemente, sin embargo, son inapropiadas<sup>(1)</sup>. Dentro de los puntos que componen esta última categoría destacamos el ítem "Uso rutinario de la episiotomía", que será el objetivo de este estudio.

La episiotomía se caracteriza por una incisión perineal, con el objetivo de aumentar el canal vaginal, lo que constituye una práctica de uso rutinario en la asistencia al parto. La recomendación de la Organización Mundial de Salud es el uso restringido de la episiotomía, sin ultrapasar la frecuencia de 10% de los casos, siendo indicada apenas en casos de señales de sufrimiento fetal, progresión insuficiente del parto; amenaza de laceración de tercer grado (incluyendo laceración de tercer grado en parto anterior)<sup>(1)</sup>.

Evidencias científicas muestran que el uso rutinario de la episiotomía está asociado a varios efectos adversos como, corte o extensión del corte para el esfínter anal, resultados anatómicos insatisfactorios, prolapso vaginal, fistulas retrovaginales, aumento de pérdida sanguínea y hematoma, dolor y edema, infección y dehiscencia y disfunción sexual. No obstante, el uso adecuado y restringido presenta buenos resultados, como menor riesgo de traumatismo perineal y vaginal, menos complicaciones de cicatrización, incontinencia urinaria, dispareunía entre otros<sup>(1)</sup>.

Todavía es común en la práctica el uso de la episiotomía sin indicación clínica. Estudios muestran que los profesionales de salud permanecen enraizados a conceptos que se diferencian de los resultados de las evidencias científicas. En agravio a ese punto, los profesionales no explican los procedimientos clínicos para las mujeres y sus familiares, configurándose como falta de respeto a la ciudadanía, pues sin conocer las implicaciones y las evidencias científicas que sustentan cada procedimiento, las mujeres no poseen capacidad para optar sobre la conducta clínica y así se quedan pasivas a lo que escoja el profesional<sup>(4)</sup>.

Así siendo, la importancia del proceso de integración de las evidencias de pesquisa, con la experiencia clínica del profesional y los valores del paciente<sup>(2)</sup>, decidimos conducir este estudio con el objetivo de comprender las percepciones de las mujeres sobre la episiotomía, para que de esa forma pueda ser ampliada la visión sobre el proceso asistencial, favoreciendo la eliminación de barreras en la implementación de una asistencia científica y humanísticamente adecuada.

## **METODOLOGÍA**

Se optó por un estudio cualitativo descriptivo por la posibilidad de captar la manera por la cual las personas piensan y reaccionan frente a las cuestiones focalizadas, así es posible conocer las experiencias de las personas, los significados que dan y como describen e interpretan lo que vivencian en un determinado proceso y contexto.

Fue desarrollado en la sección de Alojamiento Conjunto (AC) del Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo (HU-USP), que está inserido en el Sistema Único de Salud (SUS), siendo una institución de referencia para las unidades básicas de salud pertenecientes a la Coordinación de Salud del Subayuntamiento del Butantã, región oeste del municipio de São Paulo.

Como criterio de inclusión de las participantes, se estableció: múltiparas que tuvieron sus hijos de parto vaginal en el HU-USP, y que hayan tenido experiencia de partos con la realización de la episiotomía. Como criterio de exclusión se adoptó: mujeres con inter ocurrencias en el puerperio y falta de disponibilidad para participar del estudio. Para componer el grupo de participantes los investigadores, primeramente, consultaron la relación de mujeres internadas en la maternidad, que habían tenido partos vaginales. Revisándose los prontuarios, se verificaba que esas mujeres habían tenido parto vaginal con episiotomía en el parto actual o en el parto anterior, siendo ese dato también confirmado personalmente con las puérperas.

Así, el grupo de participantes de este estudio fue constituido por 35 mujeres, siendo estas identificadas de E1 a E35 en el cuerpo del trabajo, para garantizar el anonimato. De las 35 participantes, 24 tuvieron episiotomía en el parto anterior y 08 entrevistadas tuvieron esa intervención en la internación actual, concomitante al período de colecta de datos de este estudio. La edad de las colaboradoras varió de 22 a 41 años. El grado de instrucción va de la enseñanza fundamental incompleta a la enseñanza media completa. En relación al estado civil, la mayoría respondió que convive en unión consensual. En lo que se refiere a la ocupación, la mayoría de las entrevistadas ejercían actividades remuneradas como dependientas y empleadas domésticas.

Los datos fueron colectados por medio de entrevistas, el local utilizado para la realización fue una sala reservada, en el propio AC, por tratarse de un local privativo donde la mujer podría expresarse sin recelos. Las entrevistas tuvieron duración media de 40 minutos y fueron conducidas por un cuestionario direccionado, a saber: ¿Cuénteme cómo fue su parto? ¿En su parto fue necesario cortar abajo (episiotomía)? ¿En su opinión, para que sirve ese corte? ¿Quién tomó la decisión de hacer el corte? ¿Qué usted cree de esto? ¿Comparando con sus partos anteriores, usted nota alguna diferencia en la asistencia de los profesionales relacionada a este procedimiento?

Después de la transcripción y relecturas del contenido de las entrevistas, éstas fueron analizadas a la luz del método de análisis de contenido, modalidad temática. Decurrente al análisis fueron identificados diversos temas, dentro de ellos se encuentran los relacionados a la percepción sobre el procedimiento de episiotomía.

En relación a los criterios éticos el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del HU-USP sub nº de protocolo 639/06, y siguió las normas de la Resolución 196/96 y de la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

El análisis de los datos permitió la visualización de cuatro categorías temáticas relacionadas a la práctica de la episiotomía, a saber: Depende del tamaño del bebé, facilita el parto; Depende de cada mujer; la mujer no se queda abierta; y la Episiotomía no es necesaria.

### ***Dependiendo do tamaño del bebé, facilita el parto***

Las mujeres relacionaron la necesidad de realización de episiotomía al tamaño del bebé:

*Yo creo que depende del nene, cuando es grande tienen que cortar, y cuando es pequeño no es preciso cortar. ¡Yo pienso así! (E30).*

Las mujeres asocian el tamaño del bebé con posibles dificultades en el momento del período expulsivo, por ese motivo creen que la episiotomía aumenta el espacio.

*En mi punto de vista el corte es para ayudar, para no correr el riesgo de llegar la hora y el nene ser grande y no pasar, o no tener espacio [...]. No sé, yo pienso eso (E29). Depende del tamaño del niño 4.095gramas [...] (E34).*

Así, hubo una percepción que el parto sin episiotomía impone mayor sufrimiento a la mujer. El hecho de la episiotomía no haber sido realizada es visto como agravante del momento por el cual la mujer pasó.

*Yo creo que facilita porque se nosotros tenemos que hacer toda la fuerza solas para el nene salir creo que iba a sufrir mucho más, yo intenté hacerla salir sin tener que cortar, yo no estaba más aguantando el dolor y no había como ella salir. (E1)*

Hubo la percepción de una mejor asistencia recibida debido a la realización de la episiotomía en el momento del parto. Hecho que algunas veces no ocurrió debido a la rapidez de la evolución del trabajo de parto, donde la falta de tiempo hábil para la realización de ese procedimiento genera un temor en la mujer.

*En el primer parto cortaron, ya en el segundo no dio tiempo para nada. El primero yo pienso que fue bueno. ¡El corte debe dar una gran ayuda! El segundo como fue muy rápido hizo un cierto estrago, después tuvieron que aplicar anestesia y coser. Entonces, soy a favor del cortesito, si es necesario. Creo que eso ayuda. (E26)*

### ***Depende de cada mujer***

La realización de la episiotomía en el parto fue percibida como una intervención necesaria para algunas mujeres mientras que en otras no.

*En todos mis partos me hicieron el corte, yo creo que hay mujeres que necesitan cortar. Y hay otras que no lo necesitan. Depende de la mujer. (E11)*

*Yo creo que algunas mujeres no necesitan de puntos, depende de cada una. (E22)*

A pesar de considerar que el cuerpo de la mujer es lo que determina la necesidad o no de la episiotomía, algunas participantes afirmaron que la decisión es del profesional. Así, es el profesional quien decide por la realización de la episiotomía, con la justificativa que esa intervención ayuda al bebé a nacer más rápido. Las *Online Brazilian Journal of Nursing*. v.10, n.2 (2011)

mujeres presentan dudas en relación a la necesidad de la episiotomía y se recuerdan que ese procedimiento no era realizado en otras épocas.

*Si ellos piensan que es mejor, tenemos que hacerlo, depende del médico. Porque él cree que no hay espacio para pasar, corta para pasar más rápido. Es el médico que decide, en la hora del dolor, nosotros no decidimos nada. A veces yo tengo dudas, del porqué antes nadie llevaba puntos. Hay mujer que no llevan porque tienen más espacio y otras que llevan el punto porque no tienen. (E13)*

Otra participante relata que no consiguió entender porque la amiga tuvo partos sin la realización de la episiotomía. La episiotomía fue vista como una intervención que ayudó en el momento del parto y por la percepción de esa participante, ella fue realizada solamente en situaciones necesarias.

*Es bueno cortar, para dar una ayudita. Yo tengo una amiga que tuvo 4 hijos, todo normal y en ninguno ella llevó puntos, ahí yo no sé cómo explicar el porqué. En los 3 míos yo llevé y no sé cómo es que no lleva, que nace normal, de naturaleza, sin precisar llevar ningún punto. Ella dijo que nació, acabó, no tuvo ningún dolor más en el cuerpo, sólo el sangramiento normal. Yo creo que cortan porque precisa. ¿Imagine se no precisase? nadie cortaba. Yo pienso así: se precisa, corta; se no precisase, no iban a cortar. (E16)*

Los relatos apuntan que la justificativa dada por los profesionales para la realización de la episiotomía fue que el bebé no iría nacer sin ese procedimiento. Incómodos y la imposibilidad de una recuperación más rápida debido a la realización de la episiotomía fueron recordados.

*A mí no me gusta, en el primero parto me dieron menos puntos, muchos menos puntos, y en este el médico me dijo: "sí, vamos tener que cortar, es necesario, si no, no pasa". Fue ruin, pero si precisa tienen que hacer [...], incomoda mucho después y demora volver al normal. (E3)*

### **La mujer no se queda abierta**

Las mujeres señalaron que la necesidad de alguna sutura en la región perineal estaba siempre presente, sea debido a la episiotomía o por la ocurrencia de roturas resultantes del paso del bebé. El hecho de que un parto no necesite sutura generó extrañeza, porque pensaban que no había posibilidad del bebé nacer sin causar algún tipo de ruptura o laceración en el perineo materno. Esa cultura de necesidad de los puntos estaba tan inserida en el universo de las mujeres, que cuando ocurre un parto sin necesidad de sutura, éste es visto como una excepción.

*Yo no tuve parto sin tener que costurarme, sin llevar punto, en los tres yo precisé. Hubo mujeres que me dijeron que tuvieron nenes y no precisó llevar punto, para mí eso es raro, porque bien o mal él te abre, te rasga. ¿Vas a quedarte con aquel negocio abierto? Es muy raro, ¿ya pensó?, ¡Un hueco!! (E2)*

La creencia de que la mujer "se queda alargada" si no Huber la sutura del perineo en el parto también fue citada. El hecho de no haber sido realizada ninguna sutura

*Online Brazilian Journal of Nursing. v.10, n.2 (2011)*

en el parto apareció también como una razón para la mujer tener algún problema en el futuro, decurrente de la multiparidad.

Creo que el corte en la hora ayuda. Las personas en el norte dicen que las mujeres que tienen hijos y no es punteada ni nada, se quedan alargadas, no sé cómo [...]. Quien tiene muchos hijos y está con útero bajo es porque no llevó punto, ni nada. Creo que es bueno llevar punto por eso. (E9)

### ***Episiotomía no es necesaria***

En esta categoría, en contrapartida las percepciones hasta están presentadas, las participantes relatan la práctica de la episiotomía como desnecesaria, verbalizando que preferían el parto normal sin ese procedimiento, pero no se sintieron seguras para exigir eso al profesional que las atendía. La incomodidad y el sufrimiento resultantes de la episiotomía fueron relatados, señalando que la realización de la episiotomía no trajo los beneficios que les fueron atribuidos.

*Después es muy malo, sufrimos mucho. En la primera yo creía que iba a servir para alguna cosa cortar, que iba a ayudar. Creo que no ayuda porque yo tuve éste sin cortar [...]. (E4)*

*En el segundo parto hicieron un corte y de este no hicieron. Creo que es mejor no hacer el corte. Duele mucho, incomoda mucho en la hora que te pones la almohadilla, incomoda de más. (E7)*

*Como de este yo no llevé punto, estoy óptima, puedo andar, puedo hacer fuerza, entonces todo mundo se queda contento cuando no lleva punto. Es bien menos incómodo. (E10)*

Esa entrevistada relata ser contra la realización de la episiotomía, visando el bienestar de la mujer. Además del sufrimiento resultante del procedimiento, las consecuencias de la episiorrafia fueron referidas, como el temor a la primera evacuación en el puerperio y el miedo de algún cobro por parte de los profesionales en cuanto a la higiene en el local.

*Yo creo que machuca mucho. Es más un sufrimiento, creo que no debería cortar, en mi opinión. Cuando lleva punto, usted tiene una porción de miedos, miedo de estornudar, miedo de ir al baño, después el medico viene a cobrar que tienes que defecar en el baño. Entonces juntas aquel miedo y aquella responsabilidad que tienes con el médico. Mil veces mejor sin puntos. Bueno, ¡En mi caso fue! (E25)*

Contrariamente a algunas otras percepciones, entrevistadas relatan que el dolor en el momento del parto no fue atenuado con la realización de la episiotomía y que la recuperación en el pos-parto sin episiotomía es mejor.

*En todos hicieron [corte], sólo en este último que no. Yo creo que no precisa hacer corte. En la hora del parto es igual, duele de la misma manera. Sin corte es mejor porque no nos quedamos sufriendo después con dolor en el punto. Mucho mejor sin puntos que ahí, no se queda doliendo. (E33)*

La incomodidad decurrente de la presencia de puntos en la región perineal fue sentido y en algunos casos ella tuvo alteraciones consecuentes en el local, descritas como: irritación o sensibilidad mayor.

*En esta vez no necesitó nada, sin punto es bien mejor. Los puntos incomodan para andar, sentar, para colocar las almohadillas, para mí misma hasta hoy, yo siento el local de los otros puntos, pica, duele, parece que hay unas bolitas que quieren inflamarse, depende de la almohadilla da alergia, entonces yo creo que es mucho mejor sin. (E19)*

Otra cuestión levantada es la falta de esclarecimientos en cuanto a los procedimientos que estaban siendo realizados en el momento del parto. Algunas participantes no saben informar si se fue hecha la episiotomía o se hubo una ruptura espontánea del perineo, solamente notó una incomodidad mayor durante la sutura.

*Yo sólo sentí en la hora que estaba costurando después del parto, que ahí comenzaba a doler y yo le decía a ellos que estaba doliendo. No sé si rasgó o si cortaron, porque está lleno de puntos y duele un poquito. (E34)*

*Todos los partos fueron normales, mas nadie llegó a decir: voy a cortar un poco, nunca pasé por eso. Recuerdo que en la hora eles hablaban, mira mamá voy a dar unos punticos, no sé cómo es; si rasga o si corta. (E10)*

## DISCUSIÓN

La trayectoria de la práctica de la episiotomía en la asistencia al parto fue diseminada en la clase médica y tuvo su apogeo en la mitad del siglo XX. Inicialmente, ese procedimiento que tenía un uso selectivo y terapéutico, con el tiempo se convirtió en una intervención profiláctica, perdiendo el carácter de indicación necesario y adquiriendo el carácter rutinario, indicada principalmente en primíparas<sup>(5)</sup>.

Decurrente de cuestionamientos generados por los resultados de las evidencias científicas actuales, la tendencia es tener el uso de la episiotomía cada vez más restringido, o sea, apenas en indicación clínica sugerida por adecuada evaluación profesional sobre la condición perineal de la mujer. Los movimientos feministas también influenciaron fuertemente esa tendencia al uso restringido del procedimiento, defendiendo los derechos de las mujeres a una mayor autonomía cuanto al proceso de parto, así como una mudanza de actitudes y de posición de la mujer en el momento del parto<sup>(5)</sup>.

Sin embargo, la práctica de la episiotomía, como representada en este estudio, aún está profundamente inserida en el universo cultural tanto de los profesionales como de las usuarias de las instituciones hospitalarias. Un cambio de esa realidad demanda gran investimento por medio de concientización y educación en salud, paralelamente a las acciones gubernamentales para promoción de la humanización de la asistencia.

Pesquisa realizada a través de un inventario retrospectivo en los libros de registros del Centro Obstétrico del HU-USP en el período de abril de 2001 a abril de 2002 verificó una frecuencia de 91,5% de episiotomía realizadas en los 1.837 partos normales ocurridos <sup>(6)</sup>. La constatación del declino en la frecuencia de la realización de la episiotomía en la institución es demostrada en un segundo inventario realizado durante el año 2006, donde fue encontrada una frecuencia de 44,7% de episiotomías realizadas en los 1.774 partos normales atendidos en el año <sup>(7)</sup>. Esos índices todavía están muy arriba de los preconizados por la OMS en 10% <sup>(1)</sup>.

En estudio que también verificó que la episiotomía aún es un procedimiento que presenta índices elevados, las autoras relacionan el resultado al hecho de que el local estudiado es un hospital escuela, lo que hace con que el procedimiento sea practicado con la finalidad de enseñanza, al uso abusivo de inducción durante el trabajo de parto y la posición materna durante el tercer período (decúbito dorsal) <sup>(8)</sup>. No obstante, aunque sea una institución de enseñanza, en la cual, los estudiantes necesitan experiencial el procedimiento para desenvolver habilidad manual necesaria para ejecutarlo, no se puede perder la noción de la práctica de la episiotomía como indicación clínica y no rutina institucional.

Cuando la episiotomía está indicada para todas las primíparas como también para las multíparas con episiotomía anterior, el procedimiento se vuelve rutina hospitalaria, siendo realizado en todos los partos, sin un análisis individual realizado para cada parturiente <sup>(8)</sup>.

Las participantes, de este estudio, asociaron la necesidad de realización de episiotomía con el tamaño del bebé, como una forma de facilitar el parto y evitar que el bebé "rasgue" la región perineal. Se puede observar en las declaraciones que las mujeres creen y temen que o introito vaginal se alargue y se quede abierto con el paso del feto y por eso creen que la episiotomía debe ser realizada. Para otras participantes la realización o no de esta práctica debe estar vinculada con las particularidades de cada mujer, con las diferencias corporales y al hecho de algunas tener espacio y otras no y por este motivo necesitar de la intervención.

Es posible observar que la realización de la episiotomía y la necesidad de sutura en los partos normales aún está profundamente relacionada a la percepción que estas mujeres poseen en relación a la asistencia durante el parto. La falta de más esclarecimientos sobre el proceso generó inseguridad en la mujer, lo que hizo con que ellas no cuestionasen las conductas, ni exigieran sus derechos.

Solamente algunas mujeres relataron que el procedimiento no es necesario y que podría ser abolido, éstas justificaron mediante el dolor y el incómodo perineal que los puntos causan durante el período pos-parto. Otras participantes no tenían opinión formada cuanto a la necesidad y justificativa para la realización de la episiotomía, lo que muestra que la decisión acaba en las manos de los profesionales.

El dolor y el incómodo en el puerperio mostró ser importante en las mujeres que tuvieron episiotomía, pues afecta la vida de las mujeres en las actividades cotidianas y en acciones simples como sentar y levantar. Un estudio sobre la sexualidad en el período puerperal muestra que las mujeres que tuvieron episiotomía sintieron dolor, incomodidades y dificultades en el retorno a la vida sexual activa<sup>(9)</sup>.

Estudio cualitativo sobre la visión de mujeres respecto a la episiotomía identificó que las participantes no recibieron informaciones sobre la episiotomía en ningún momento antes del parto. Aquellas que recibieron relataron que fue a través de amigas y familiares que pasaron por la experiencia. Las mujeres mostraron desconocimientos sobre las indicaciones del procedimiento y en relación al propio cuerpo. El estudio mostró que existe un dominio sobre el cuerpo de la mujer por parte del profesional, lo que revela la necesidad del rescate de la autonomía de la mujer en el proceso de nacimiento<sup>(4)</sup>.

Es imperioso que los profesionales tengan sus prácticas respaldadas por las evidencias científicas, analizando individualmente la necesidad de realización de la episiotomía. Se vuelve importante la búsqueda de alternativas para prevenir el trauma perineal, como posición lateral durante el expulsivo, pujo espontáneo en contraposición al dirigido y reducción del uso indiscriminado de citosina<sup>(8)</sup>.

En la antropología aspectos teóricos relativos a los relatos arriba mencionados fueron ampliamente discutidos, bajo la denominación de conocimiento autoritativo. Derivado del modelo biomédico, el conocimiento autoritativo trae la noción incorporada de superioridad del sistema técnico, resultando en la estandarización de conductas y desfavoreciendo los profesionales a cambios de prácticas ritualizadas y arraigadas. Estas prácticas son comunicadas en los encuentros entre los profesionales y sus clientes, y las personas que no las siguen, son consideradas ignorantes, retrogradas o aun causadoras de problemas<sup>(10)</sup>.

Como fue posible ver en este estudio, algunas de las participantes no sabían se habían sido sometida a episiotomía, sabían apenas que habían sido suturadas. La falta de mayores esclarecimientos hace que la población confíe plenamente en las decisiones de los profesionales de salud, renunciando a sus derechos como usuarios de los servicios de salud. Aliada a la falta de orientaciones en todo el proceso asistencial, está la cuestión histórica del papel esperado de los usuarios de los servicios de salud, que es el de receptor de las acciones, no le cabiendo ninguna autonomía para decidir sobre conductas a ser tomadas para su tratamiento.

El desenvolvimiento tecnológico en la asistencia al parto es mundialmente crecente. El conocimiento científico técnico trajo avances en el cuidado de la mujer, por otro lado hay abusos en el uso tecnológico y desvalorización de las creencias de quien recibe la intervención<sup>(5)</sup>. Versiones actuales de la tomada de decisión basada en evidencias han enfatizado que la evidencia de la pesquisa en si no es un guía

*Online Brazilian Journal of Nursing. v.10, n.2 (2011)*

puramente adequado para a ação. Em vez de eso, los profesionales deben aplicar sus conocimientos para evaluar el problema del paciente, incorporando los resultados de las investigaciones y las preferencias o valores del paciente, para así proceder con la mejor intervención posible <sup>(2)</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

Se sabe que las prácticas de los profesionales que actúan directamente en la asistencia al parto deben estar respaldadas por las evidencias científicas actuales. Sin embargo, se hace necesario llevar en consideración las necesidades de cada mujer y respetar sus deseos y sus opciones en relación a los procedimientos en el proceso de nacimiento. Para eso se vuelve esencial que las mujeres tengan conocimiento sobre las prácticas recomendables y se sientan empoderadas participando del proceso de forma activa. Es importante que los profesionales que actúan directamente en la asistencia obstétrica adopten una postura de difusores de informaciones para las mujeres, incorporando actividades educativas en la práctica profesional, realizando actividades de preparación para el parto durante el pre-natal y estando dispuestos a aclarar las dudas de las mujeres, ayudándolas a tener consciencia sobre el propio cuerpo en el momento do parto y de esta forma hacer sus propias elecciones.

El cuidado en este ámbito debe tener como fundamento el respeto a la fisiología, la seguridad del parto y la contribución para que la mujer tenga una experiencia significativa. Una transformación en ese panorama sólo se dará a partir de una concientización de los derechos de las usuarias, mudanza en el comportamiento de los profesionales y amplias aclaraciones a la población sobre los procesos fisiológicos del nacimiento.

## **REFERENCIAS**

1. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
2. Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns* 2008; 73(3): 407-12.
3. Ministério da Saúde. Brasil.. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(2): 197-201.
5. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *FEMINA* 2010; 38(5): 265-270.
6. Scarabotto LB. Uso da enzima hialuronidase na prevenção de lacerações perineais no parto normal [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

7. Wey CY. Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007.
8. Oliveira MJV, Miquilini EC. Frequências e critérios para indicar a episiotomia. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(3): 288-95.
9. Salim NR, Santos Junior HPO, Gualda DMR. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period: a qualitative approach. Online Braz J of Nurs. [internet]. 2010 abril 22 [citado 28 fev 2011]; 9(1): [about 8 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2785>
10. Jordan B. Birth in four cultures. London: Eden Press; 1983.

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron para este estudio de la siguiente manera: **Chang Y. Wey** (colecta de datos, pesquisa bibliográfica, concepción y diseño, análisis e interpretación, escrita del artículo) **Natália R. Salim** y **Hudson P.O. Santos Junior** (análisis e interpretación y escrita del artigo), **Dulce M.R. Gualda** (concepción y diseño, análisis e interpretación, escrita del artículo, análisis crítica y aprobación final).