

Tânia Regina Scheidt

**PREVALÊNCIA DE PARTOS NA ÁGUA E RESULTADOS
MATERNOS E NEONATAIS EM UMA MATERNIDADE DO
SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito à obtenção do título de mestre em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Odaléa Maria Brüggemann.

Florianópolis - SC
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Scheidt, Tânia Regina
PREVALÊNCIA DE PARTOS NA ÁGUA E RESULTADOS MATERNOS E
NEONATAIS EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE
/ Tânia Regina Scheidt ; orientadora, Odaléa Maria
Brüggemann - Florianópolis, SC, 2014.
140 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Parto na Água. 3. Parto Normal. 4.
Parto Humanizado. 5. Práticas Clínicas Baseadas em
Evidências. I. Brüggemann, Odaléa Maria. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

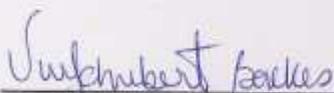
Tânia Regina Scheidt

**PREVALÊNCIA DE PARTOS NA ÁGUA E RESULTADOS
MATERNOS E NEONATAIS EM UMA MATERNIDADE DO
SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada sua versão final em 24 de fevereiro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.



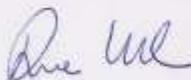
Prof.^a. Dr.^a. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa



Prof.^a. Dr.^a. Odaléa Maria
Brüggemann
Orientadora



Prof.^a. Dr.^a. Eleonora d'Orsi
Membro



Prof.^a. Dr.^a. Roxana Knobel
Membro



Prof.^a. Dr.^a. Evangelina Kotzias
Atherino dos Santos
Membro

À minha família
e ao meu Luiz.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Odaléa Maria Brüggemann, por ter me conduzido nesta trajetória com tanta sabedoria, paciência e carinho. Admiro-te muito.

Ao meu companheiro, amigo e marido Luiz Angelo Daros de Luca, por toda paciência que teve comigo nos meus momentos de estresse e mau humor. Por entender os meus momentos de ausência e sempre me incentivar a não desanimar. Obrigada também por toda a assessoria computacional, você facilitou a minha vida muitas vezes.

À minha família, que sempre me incentivou. Meus pais, Lori Scheidt e Nilberto Scheidt, que sempre se esforçaram para me dar uma boa educação e sempre me estimularam a seguir em frente. Meus irmãos, Rúbia Magali Scheidt e Christian Walter Scheidt, que sempre estiveram ao meu lado. Ao meu sogro Eládio de Luca, minha sogra Maria Goreti Daros de Luca, cunhado Sandro Daros de Luca e cunhadas Susi Meiri de Fátima Carvalho e Heidi Alves Barbosa por vibrarem com as minhas conquistas. Aos meus sobrinhos, Leonardo Carvalho de Luca e Rafael Carvalho de Luca e sobrinha Manuella Carolina Scheidt, por alegrarem a minha vida. Desculpe pelos muitos momentos de ausência.

Aos membros da banca examinadora Prof^a. Dr^a. Odaléa Maria Brüggemann, Prof^a. Dr^a. Roxana Knobel, Prof^a. Dr^a. Eleonora d'Orsi, Prof^a. Dr^a. Evangelina Kotzias Atherino dos Santos, Prof^a. Dr^a. Vitória Regina Petters Gregório, Prof^a. Dr^a. Marisa Monticelli, Msc. Joyce Green Koetker, Msc. Manuela Beatriz Velho, pela disponibilidade em participar da banca de qualificação e de defesa, e por todas as contribuições concedidas a este trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina e aos professores do Programa, pelo conhecimento transmitido e pela troca de saberes.

À minha turma de mestrado, pelo aprendizado compartilhado.

Às colegas do GRUPESMUR, por todo o incentivo e apoio.

À Maternidade onde realizei a coleta de dados, por ter permitido a realização da pesquisa e o acesso aos prontuários. Muitíssimo obrigada.

À Marina Gorayeb e Romana Ebele, pelo auxílio na coleta de dados e inúmeras ligações para contato com as mulheres.

A todas as mulheres e seus recém-nascidos que aceitaram participar da pesquisa.

Às minhas amigas Manuela Beatriz Velho, Renata Angeloni Burigo e Clariana Alves Condé, por todos os momentos de descontração e por me permitirem dividir todas as minhas angústias e conquistas.

À Equipe da Unidade de Oncohematologia, em especial às enfermeiras mais lindas, simpáticas da Unidade de Oncohematologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Patrícia Follador Karam, Carolina de Melo, Karina d'Avila, Elidiane Bonatto e Zislene Nogueira, por todo apoio e cobertura de plantões e incentivo; e a Luísa Todeschini Pereira Oliveira.

Enfim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

*“A criança vem do mistério. Ela sabe. (...)
Não a perturbe. Deixe. Deixe que faça alguma coisa.
Dê-lhe tempo.*

*O sol se levanta de repente? Não existe, entre dia e noite, a alba
incerta, e a lenta, majestosa glória da aurora? A lentidão e gravidade do
nascimento não devem ser tocadas.”
(Frédéric Leboyer, 1918; pg. 76-77)*

SCHEIDT, Tânia Regina. **Prevalência de Partos na Água e Resultados Maternos e Neonatais em uma Maternidade do Setor Suplementar de Saúde.** 2014. 140 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Odaléa Maria Brüggemann
Linha de Pesquisa: O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido.

RESUMO

OBJETIVO: descrever a prevalência dos partos na água em relação aos nascimentos de uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde; estimar a associação entre as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres na internação com o parto na água e fora dela e comparar os resultados maternos e neonatais destes partos. **MÉTODO:** trata-se de um estudo transversal, realizado em um Hospital e Maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis - SC. A amostra foi composta por todas as mulheres que tiveram parto normal de junho/2007 a maio/2013. Os dados foram coletados no livro de registro de nascimentos e nos prontuários, de forma retrospectiva, de janeiro a julho de 2013, por meio de um formulário. Utilizou-se o programa EPI INFO 7 (7.1.0.6) – versão 2012 para a organização dos dados e o Software Stata SE 9.0 para a análise estatística descritiva, bivariada e multivariada. Foram estimadas as prevalências e testada a associação entre as diversas variáveis e o parto na água por meio do teste qui-quadrado. Foram calculadas as razões de chance (Odds Ratio) brutas e ajustadas com intervalo de confiança de 95% por meio de regressão logística. A análise ajustada foi realizada nas variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$. Permaneceram no modelo as variáveis com valor de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** foram apresentados em dois artigos. No primeiro, dos 871 partos normais ocorridos no período de 2008 a 2012, a prevalência dos partos na água foi de 13,66%, sendo a maior em 2012 (18,97%). A maioria das mulheres que teve parto normal tinha entre 20 e 34 anos (81,22%), era da cor branca

(93,11%), possuía companheiro (69,60%), ensino superior completo (86,93%), era primípara (69,17%), com gestação a termo (69,50%), havia realizado de 6 a 8 consultas no pré-natal (43,85%) e não apresentou intercorrências na gestação (87,46%). No momento da internação, estava na fase ativa do trabalho de parto (57,59%), com bolsa íntegra (63,79%). Não houve associação entre as características sociodemográficas e obstétricas da internação com o desfecho. No segundo artigo, foram estudadas 973 mulheres que tiveram parto normal no período de junho de 2007 a julho de 2013. As mulheres que pariram na água tiveram maior chance de não usarem ocitocina no trabalho de parto (OR= 0,40 - IC95% 0,24;0,67), de não serem submetidas à analgesia de parto (OR= 0,19 - IC95% 0,12;0,31) e de não serem submetidas à amniotomia (OR=0,25 - IC95% 0,12;0,51). Essas mulheres não adotaram a posição horizontal no momento do parto e não foram submetidas à episiotomia. Os neonatos nascidos na água tiveram maior chance de não serem submetidos à aspiração das vias aéreas superiores (OR=1,73 - IC95% 1,01;2,95), não apresentaram diferença no Apgar do primeiro e quinto minuto e na taxa de internação em terapia intensiva em relação aos nascidos fora dela. **CONCLUSÃO:** na maternidade estudada, a prevalência de parto na água vem aumentando gradativamente, a partir de 2010. A razão de chance das mulheres que parem na água de não serem submetidas à ocitocina, analgesia e amniotomia é maior do que as que parem fora dela. Essas mulheres são assistidas em posição não supina, sem episiotomia e os seus recém-nascidos não são aspirados logo após o nascimento. O parto na água contribui para a redução de intervenções obstétricas e propicia às mulheres parirem de forma mais espontânea, além de não estar associado a nenhum prejuízo ao bem-estar do recém-nascido.

Palavras-chave: Parto Normal. Parto Humanizado. Saúde Suplementar. Prática Clínica Baseada em Evidências.

SCHEIDT, Tânia Regina. **Prevalence of Births in the Water and the Maternal and Newborn Results in a Maternity of the Supplemental Health Sector.** 2014. 140 s. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

Advisor: Prof^a. Dr^a. Odaléa Maria Brüggemann
Research Line: O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the prevalence of water births in association with birth in a maternity of the Supplemental Health Sector and to estimate the association between the sociodemographic and obstetric characteristics of the maternal and neonatal outcomes from births which occurred in the water and out of it. **METHODS:** A cross-sectional study was developed in a Supplemental Maternity Hospital and Health Sector of Florianópolis-SC. The sample consisted of all women who had normal birth in June 2007 to May 2013. Data were collected in the book of birth registration and records retrospectively from January to July 2013 through a formulary. The EPI INFO program 7 (7.1.0.6) - version 2012, was used to organize data which and the StataSE 9.0 software was used for the descriptive, bivariate and multivariate analysis. Prevalence were estimated and tested the association between the different variables, with regard to water birth we tested through the Chi-squared test. Was calculated the crude and adjusted odds ratio with a confidence interval of 95% by the logistical regression. The adjusted analysis was performed by blocks of variables with $p < 0.20$. We kept subsequent models and variables with $p < 0.05$. **RESULTS:** The results were presented in two articles. In the first, of the 871 normal births in the period 2008 to 2012, the prevalence of water births was 13.66%, being the highest in 2012 (18.97%). Most women who had normal birth were between 20 and 34 years (81.22%), were white (93.11%), had companion (69.60%), complete higher education (86.93%), primiparous (69.17%), with term gestation (69.50%) were performed 6-8 consultations in pre-natal (43.79%) and had no difficulties in pregnancy (87,46%). At the time of

admission, she was in the active phase of labor (57.59%), with full bag (63.79%). There was no association between sociodemographic and obstetric characteristics between hospitalization and the result. In the second article were studied 973 women who had normal births in the period 2007 to July 2013. Women who gave birth in the water were more likely to not use oxytocin in labor (OR= 0,40 - CI95% 0,24;0,67), not to be subjected to analgesic delivery (OR= 0,19 - CI95% 0,12;0,31) and not be subject to amniotomy (OR=0,25 - CI95% 0,12;0,51). These women did not adopt the horizontal position at the time of delivery and were not subjected to episiotomies. New born in water had higher chance not to be subjected to aspiration of the upper airways (OR=1,73 - CI95% 1,01;2,95), showed no difference in the Apgar score at one and five minutes and the rate of hospitalization in intensive care in relation to children born out of it. **CONCLUSION:** In the studied maternity, the prevalence of water birth is gradually increasing from 2010. The odds ratio for women who give birth in water not to be subjected to oxytocin, analgesia and amniotomy is greater than those who conduct their labor elsewhere. These women are not assisted in the supine position without episiotomy and their newborns were not aspirated after birth. The water birth helps to reduce obstetric interventions and promotes women giving birth more spontaneous way, besides not being associated with any prejudice to the welfare of the newborn.

Key words: Natural Childbirth. Humanizing Delivery. Supplemental Health. Evidence-Based Practice.

SCHEIDT, Tânia Regina. **Prevalencia de Partos en el Agua y Resultados Maternos y Neonatales en una Maternidad del Sector Suplementar de Salud.** 2014. 140 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Post-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Odaléa Maria Brüggemann

Línea de Investigación: O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la prevalencia de los partos en el agua en relación con los nacimientos de una maternidad del Sector Suplementar de Salud; estimar la asociación entre las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres en la internación con el parto en el agua y fuera de ella y comparar los resultados maternos y neonatales de estos partos. **MÉTODO:** Estudio transversal, realizado en un Hospital y Maternidad del Sector Suplementario de Salud de la Grande Florianópolis – SC. La muestra fue compuesta por todas las mujeres que tuvieron parto normal de junio de 2007 a mayo de 2013. Los datos fueron recolectados en el libro de registro de nacimientos y en los expedientes, de forma retrospectiva, de enero a julio de 2013, por medio de un formulario. Se utilizó el programa EPI INFO 7 (7.1.0.6) – versión 2012 para la organización de los datos y el Software Stata SE 9.0 para el análisis estadístico descriptivo, bivariado y multivariado. Fueron estimadas las prevalencias y testadas la asociación entre las diversas variables y el parto en el agua por medio del test Chi Cuadrado. Fueron calculadas el Odds Ratio bruto y ajustado con intervalo de confianza de 95% por medio de la regresión logística. El análisis ajustado fue realizado en las variables que presentaron valor de $p < 0,20$. Permanecieron en el modelo las variables con valor de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Fueron presentados en dos artículos. En el primero, de los 871 partos normales ocurridos en el período de 2008 a 2012, la prevalencia de los partos en el agua fue de 13,66% siendo la mayor en 2012 (18,97%). La mayoría de las mujeres que tuvo parto normal tenía entre 20 y 34 años (81,22%), era de color blanca (93,11%), poseía compañero

(69,60%), enseñanza superior completa (86,93%), primípara (69,17%), con gestación a término (69,50%), había realizado de 6 a 8 consultas en el pre-natal (43,79%) y no presentó dificultades en la gestación (87,46%). En el momento de la internación, estaba en la fase activa del trabajo de parto (57,59%), con bolsa íntegra (63,79%). No hubo asociación entre las características sociodemográficas y obstétricas entre la internación y el desfecho. En el segundo artículo, fueron estudiadas 973 mujeres que tuvieron parto normal en el periodo de 2007 a julio de 2013. Las mujeres que tuvieron el parto en el agua tuvieron mayor probabilidad de no usar oxitocina en el trabajo de parto (OR= 0,40 - IC95% 0,24;0,67), de no ser sometidas a analgésicos de parto (OR= 0,19 - IC95% 0,12;0,31) y de no ser sometidas a amniotomía (OR=0,25 - IC95% 0,12;0,51). Esas mujeres no adoptaron la posición horizontal en el momento del parto y no fueron sometidas a episiotomías. Los neonatos nacidos en el agua tuvieron mayores chance a no ser sometidos a la aspiración de las vías aéreas superiores (OR=1,73 - IC95% 1,01;2,95), no presentaron diferencia en el Apgar del primero y quinto minuto y en la tasa de internación en terapia intensiva con relación a los nacidos fuera de ella. **CONCLUSIÓN:** en la maternidad estudiada, la prevalencia del parto en el agua viene aumentando gradualmente a partir del año 2010. La razón de probabilidad de las mujeres que tienen el parto en agua a no ser sometidas a la oxitocina, analgesia y amniotomía es mayor de las que tienen el parto fuera de ella. Esas mujeres son asistidas en posición no supina, sin episiotomía y sus recién nacidos no son aspirados después del nacimiento. El parto en el agua contribuye para la reducción de intervenciones obstétricas y favorece a las mujeres un parto de forma más espontánea, además de no estar asociado a ningún prejuicio al bienestar del recién nacido.

Palabras clave: Parto Normal. Parto Humanizado. Salud Complementaria. Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Plano amostral de acordo com os objetivos do estudo	51
-------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	29
2.1	DIRETRIZES / REGULAMENTAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL	30
2.2	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE BRASILEIRO	33
2.3	ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA	35
2.4	RESULTADOS MATERNNOS E NEONATAIS DO PARTO NA ÁGUA	41
3	MÉTODO	49
3.1	TIPO DE ESTUDO	49
3.2	DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	49
3.3	AMOSTRA	50
3.4	SELEÇÃO DOS SUJEITOS	52
3.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	52
3.5.1	Variáveis sociodemográficas	52
3.5.2	Variáveis obstétricas	53
3.5.3	Variáveis do RN	55
3.6	COLETA DE DADOS	56
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE	57
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	58
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
4.1	ARTIGO 1 - PARTO NA ÁGUA EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC	63
4.2	ARTIGO 2 - RESULTADOS MATERNNOS E NEONATAIS DE MULHERES QUE PARIRAM NA ÁGUA E FORA DELA EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS	89
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	117

APÊNDICES

125

ANEXO

135

1 INTRODUÇÃO

A utilização da água durante o trabalho de parto e o parto não é algo novo. Há registros e lendas do seu emprego em muitas civilizações. Na antiga Grécia, Afrodite, a deusa do amor, nasceu da espuma das ondas. Em outro registro encontrado em Chipre, a deusa do amor nasceu na praia de Paphos. Gravuras sugerem que, em algumas tribos africanas, o lugar tradicional de dar à luz era perto de um rio. Entre algumas aborígenes da costa ocidental da Austrália, o costume era primeiro brincar na água do mar e então dar à luz na praia (ODENT, 2004). Histórias também sugerem que faraós egípcios teriam nascido na água. E, ainda, na Guiana, as mulheres procuravam lugares especiais junto ao rio para parir (BALASKAS, 2008).

Church (1989) refere que o parto na água foi documentado pela primeira vez em 1803, na França. Como a água era utilizada para o alívio da dor e para o relaxamento físico, através de banho quente natural, após 48 horas de trabalho de parto uma parturiente exausta subiu em uma banheira com água quente para relaxar, e teve o seu bebê pouco tempo depois, na água. Assim, observa-se que a água foi, inicialmente, utilizada para o alívio da dor e para o relaxamento físico (CHURCH, 1989).

Na década de 60, Igor Tcharkovsky, um instrutor de natação na União Soviética, dedicou-se a estudar as habilidades do bebê humano dentro da água. Ele percebia que, quanto mais novo o bebê era introduzido na água, melhor ele se adaptava a ela. Foi assim que Tcharkovsky retomou essa temática e chamou a atenção para o parto na água (ODENT, 2004).

A partir dessa mesma década, Michel Odent possibilitou às pacientes de Pithiviers que ficassem mais ativas durante o trabalho de parto. Estimulou que elas seguissem os seus instintos, caminhassem e adotassem posições de suas escolhas. A concepção obstétrica adotada era de tentar não atrapalhar a fisiologia normal do trabalho de parto. O ambiente físico também era bastante diferente dos hospitais, uma vez que a sala de parto buscava imitar um ambiente domiciliar (BALASKAS, 2008). As parturientes também tinham disponível banho de aspersão ou de imersão em piscina, para que, com o uso da água, elas

pudessem ter um parto mais fácil e com menor uso de drogas (ODENT, 2004).

As publicações científicas sobre o uso da imersão na água durante o parto tiveram início na década de 80, quando Michel Odent publicou: "*Birth underwater*", na revista *The Lancet*. Nesse artigo, ele expõe os resultados da assistência ao parto na água, realizado na maternidade de *Pithiviers* na França. A partir de então, segundo Richmond (2003), o uso da imersão em água tornou-se mais frequente e novas pesquisas foram realizadas, sendo que a maioria delas com abordagem quantitativa, buscando descrever as vantagens e as desvantagens do parto na água.

No Brasil, o parto na água teve um grande impulso na década de 70, quando um teleprograma veiculou imagens de um parto dentro da água, realizado pela Dr^a. Maria Celia del Valle, em São Paulo. Entretanto, a classe médica, em geral, não via esse método de atendimento com bons olhos, pois ainda eram restritas as pesquisas nesse campo (TRICIA, 2006). Na década de 80, alguns pioneiros começaram a atender o parto dentro da água no Nordeste, no Rio de Janeiro e no interior de São Paulo. Vários serviços como a Casa de Parto de Niterói, a Maternidade Leila Diniz, a Maternidade Herculano Pinheiro e a Maternidade Santa Marcelina tentaram introduzir esse método, mas não tiveram sucesso. Devido à falta de interesse dos hospitais, desinformação da população e a preconceitos de muitos profissionais, a prática dessa forma de parir não se ampliou (TRICIA, 2006).

A resistência frente a essa modalidade de parto ainda permanece em muitas instituições e é expressa nas distorcidas histórias veiculadas na mídia. Nessas histórias, o afogamento do recém-nascido (RN) é a principal crença. De acordo com Kitzinger (2000), os profissionais de saúde, principalmente os médicos, valorizam essas histórias ao invés dos resultados das pesquisas publicadas em revistas conceituadas.

Na realidade brasileira, não se sabe ao certo quais as instituições de saúde que oferecem para a mulher a possibilidade de parir na água, qual é o número de nascimentos nessa modalidade de assistência e quais são os resultados maternos e neonatais, pois não existem registros disponíveis com essas informações. No entanto, sabe-se que um Centro de Parto Normal (CPN), no Rio de Janeiro, e outro em Belo Horizonte

oferecem à mulher a possibilidade de optar pelo parto na água (AZEVEDO, 2008; CAMPOS; LANA, 2007), e que as políticas públicas brasileiras estão incentivando a construção de mais instituições desse tipo, através da Rede Cegonha (BRASIL, 2012b).

No Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho, localizado em Belo Horizonte – Minas Gerais, no período de agosto de 2001 a maio de 2004, foram realizados 3.061 partos, sendo que 12,8% foram na água (PEREIRA, 2007). Outro estudo realizado na Casa de Parto David Capistrano Filho, no município do Rio de Janeiro, no período de 2004 a 2008, aponta que, dos 1.084 partos assistidos, 15,3% foram na água (AZEVEDO, 2008).

No Brasil, o parto na água também está sendo assistido no domicílio. É possível identificar essa assistência em um estudo sobre os resultados do parto domiciliar planejado, o qual descreve a assistência realizada por uma equipe de enfermeiras obstétricas no período de 2005 a 2009. Do total de 100 partos analisados, 71,9% ocorreram na água (KOETTKER *et al.*, 2012). Esse percentual está muito acima dos partos assistidos em CPN.

Nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a assistência ao parto normal, publicadas em 1996, a imersão na água para alívio da dor era uma prática classificada na Categoria C, ou seja, entre as práticas que não existiam evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deveriam ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas fossem realizadas (WHO, 1996).

Porém, após essas recomendações, foram realizadas várias pesquisas sobre essa prática, sendo que a revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, em 2012, analisou 12 ensaios clínicos randomizados que avaliaram a imersão na água, envolvendo um total de 3.243 mulheres (CLUETT; BURNS, 2012). Essa revisão apontou que a imersão na água, durante a primeira fase do trabalho de parto, reduz a necessidade do uso de analgesia e a percepção de dor pela parturiente durante o trabalho de parto e período expulsivo. Não relata efeitos adversos na duração do trabalho de parto, no parto (vaginal operatório ou cesárea) e nos resultados neonatais (Apgar do 5º minuto < 7, admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e infecção neonatal). No entanto, esse estudo traz poucas informações sobre o desfecho da segunda fase do trabalho de

parto, ou seja, o período expulsivo e sugere mais estudos sobre a assistência nessa fase (CLUETT; BURNS, 2012).

Os benefícios do parto na água, apontados por uma revisão de literatura, são: maior mobilidade da mulher; diminuição da percepção dolorosa, à medida que ela relaxa e reduz sua ansiedade; redução dos níveis de adrenalina, o que aumenta a produção de ocitocina endógena; diminuição da compressão da veia cava, resultando no aumento do fluxo sanguíneo para o útero, o que promove contrações uterinas mais eficientes. Além disso, a vasodilatação, propiciada pela água, diminui a pressão arterial materna e o pulso aumenta ligeiramente, aumentando, assim, a oxigenação para o útero e, conseqüentemente, para o feto. Como resultado, acelera a dilatação cervical e reduz o uso de analgesia, as intervenções no trabalho de parto, a realização de cesariana, traumas perineais, experiências traumáticas de parto e aumenta a satisfação materna com a experiência do nascimento. Dessa forma, a revisão traz, como principal conclusão, que o uso de água durante o trabalho de parto é uma forma segura, fácil e econômica de propiciar às mulheres a retomada da experiência do nascimento (MACKEY, 2001).

As pesquisas com abordagem qualitativa têm buscado compreender a tomada de decisão das mulheres sobre parir na água e as experiências por elas vividas. Um dos estudos mostra que as mulheres buscam essa modalidade de parto como uma estratégia para vivenciar o parto normal de forma mais natural, impulsionadas pela insatisfação frente às práticas obstétricas existentes e o uso abusivo de medicação, e pela autonomia de poder escolher o parto na água (WU; CHUNG, 2003).

Outra pesquisa, que buscou “dar voz às experiências das mulheres” que pariram na água, discorre sobre os sentimentos vivenciados, que foram de abrigo e proteção contra intervenções indesejadas, bem como de isolamento, de liberdade de movimento, conforto, relaxamento, além da capacidade de se concentrar, permitindo-lhes lidar com sua dor sem a necessidade de alívio farmacológico (MAUDE; FOUREUR, 2007).

A literatura brasileira aborda, de forma ampla, o uso da imersão na água durante o trabalho de parto como método não farmacológico para alívio da dor. Entretanto, as publicações sobre o parto na água ainda são restritas. Felice, Ruiz e Soler (2008), em uma revisão de literatura sobre o uso da hidroterapia

no trabalho de parto e parto, destacam que as publicações sobre a temática apresentam controvérsias quanto aos benefícios e às complicações dessa prática para a mulher e para o bebê. Contudo, verificam que a maioria dos autores destaca o parto na água como uma prática segura e eficaz, apontando como benefícios redução de episiotomia, da dor, de lacerações do períneo e da duração do trabalho de parto. Em relação às complicações, alguns pesquisadores alertam sobre as infecções maternas e neonatais.

Os resultados do ensaio clínico randomizado, realizados por Silva, Oliveira e Nobre (2009), apontaram que não há alteração na duração da fase de dilatação e na frequência das contrações uterinas com o uso do banho de imersão no trabalho de parto. Estudo descritivo mostrou que essa prática oferece benefícios como o relaxamento e o conforto no trabalho de parto e, assim, deve ser incentivada (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009). No entanto, o banho de imersão deve ser iniciado após três centímetros de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto e não interferir negativamente nos resultados neonatais (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Na literatura pesquisada, observou-se que, no Brasil, o parto na água está sendo realizado em alguns CPN. No entanto, não foi encontrado registro de que essa modalidade de assistência ao parto tenha sido incorporada em instituições hospitalares públicas ou privadas. Cabe lembrar que o sistema de saúde brasileiro é formado pelo sistema público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, constituído por dois subsetores: o da saúde suplementar (serviços financiados pelos convênios e seguros de saúde) e o liberal clássico (serviços particulares autônomos) (CONASS, 2011).

O Sistema Suplementar de Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde 2004, vem discutindo sobre as elevadas taxas de partos cesarianas no setor, estimulando um movimento em favor do parto normal (ANS, 2008). Dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que, em 2009, o Brasil alcançou uma proporção de 50% de partos cesáreos, sendo que em 2010, subiu para 52%. A Organização Mundial da Saúde recomenda que essa taxa seja de até 15%. Em 2010, na rede privada, o índice de cesarianas chega a 82%, e na rede pública, 37% (BRASIL, 2012c).

Em 2005, a ANS iniciou um movimento de incentivo ao parto normal e de redução dos partos cesáreos desnecessários no Setor Suplementar de Saúde. Dando continuidade a essa proposta, foi lançado, em 2008, em parceria com o MS, o movimento – Parto normal está no meu plano. Foi formado um Grupo Técnico que apresentou estratégias para a melhoria da assistência ao parto na rede de serviços do sistema de saúde suplementar. Entre as instituições representantes deste grupo técnico estavam: a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes (ABENFO); o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); e a Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Esse movimento também buscava implantar modelos alternativos de atenção ao parto e nascimento (SANTOS, 2008).

Na Grande Florianópolis, uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde oferece a opção para que a mulher possa parir na água, desde 2007. No entanto, não possui indicadores sobre essa modalidade de assistência. Dessa forma, investigar neste contexto assistencial é uma possibilidade de identificar a frequência dos partos assistidos na água em uma instituição hospitalar e analisar os resultados maternos e neonatais do parto desse tipo de assistência. O meu interesse sobre esse tema também foi impulsionado pela experiência como enfermeira obstétrica na referida instituição e em partos domiciliares, acompanhando mulheres que parem na água. Elas relatam os benefícios e a satisfação em receber seus filhos por meio dessa modalidade de parto. Porém, ao atuar em outra maternidade privada, vários médicos obstetras e neonatologistas se posicionavam contra o atendimento ao parto na água, pois acreditavam que o bebê iria se afogar, nascendo dentro da água. Em determinada ocasião houve um convite para ministrar uma palestra sobre o parto na água e fui buscar, na literatura, embasamento para o que vivenciava na prática. A minha surpresa foi identificar que não havia estudos específicos sobre parto na água na realidade brasileira, e a literatura internacional sugeria aprofundamento sobre a temática.

Diante disso, as questões norteadoras deste estudo são: Qual a evolução da frequência dos partos na água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde? Quais os resultados maternos e neonatais desses partos?

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivos:

-Descrever a prevalência dos partos na água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde, em relação aos nascimentos ocorridos no período de 2008 a 2012;

-Estimar a associação entre as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres na internação, com o parto na água e fora dela, em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde no período de junho de 2007 a maio de 2013;

-Comparar os resultados maternos e neonatais dos partos ocorridos na água e fora dela, em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde, de junho de 2007 a maio de 2013.

Os resultados obtidos podem contribuir para incrementar o conhecimento sobre os indicadores obstétricos e neonatais acerca da assistência ao parto na água, tema ainda pouco investigado no Brasil. Além disso, o conhecimento acerca desse tipo de assistência ao parto na saúde suplementar poderá servir de subsídio à elaboração de estratégias de implantação nos serviços públicos de saúde.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Esta sustentação teórica tem como intuito apresentar as evidências científicas sobre a realidade da assistência ao parto na água, no Brasil e em outros países, e abordar as diretrizes que regulamentam a atenção ao parto no Brasil, incluindo o Setor Suplementar de Saúde; a assistência ao parto na água; e os resultados maternos e neonatais dessa assistência.

Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SCOPUS, SciELO, *Web of Science*, LILACS, CINAHL, sem limite de ano de publicação. Foram utilizadas as palavras “parto na água” / “*water birth*”, *waterbirth* e *immersion in water* para fazer a busca dos artigos. Na biblioteca LILACS, foram utilizadas *water AND birth* e *immersion AND birth*. Foram encontrados 1.023 artigos, porém diversos eram repetidos nas diferentes bases de dados e muitos deles não abordavam a temática estudada. Foram selecionados os artigos publicados em português, inglês e espanhol, que apresentavam os conteúdos de interesse, resultando em 175 artigos. Destes, foram incluídos 47 artigos.

Além dos artigos, também foram utilizadas as seguintes legislações: Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências; Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, garantindo às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011(a) que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - a Rede Cegonha; Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. E os seguintes manuais: Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha; Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde; Glossário temático: saúde suplementar; Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento; Parto, aborto e puerpério: assistência

humanizada à mulher; Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática.

2.1 DIRETRIZES / REGULAMENTAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

No início do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais, que, nessa época, se limitavam aos cuidados durante a gravidez e o parto. O programa preconizava ações materno-infantis, buscando estratégias de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, no caso, as crianças e as gestantes (BRASIL, 2007).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) publicou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa é mais amplo, e passou a abordar a saúde da mulher para além do período reprodutivo. Nele constavam objetivos como, ampliar a cobertura do pré-natal e melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura de assistência por profissional treinado, bem como diminuir as cesarianas desnecessárias. E objetivava, ainda: aumentar índices de aleitamento materno e favorecer a implantação de unidades de internação obstétrica na forma de alojamento conjunto; implantar estratégias de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, de doenças sexualmente transmissíveis e outras patologias; implantar estratégias de planejamento familiar e diagnóstico e tratamento de infertilidade; prevenir gravidez indesejada (BRASIL, 1984).

Na década de 90, para incentivar a humanização da assistência obstétrica nas três instâncias governamentais (Federal, Estadual e Municipal) e nos estabelecimentos médicos, foram adotadas algumas estratégias, como: a criação do prêmio Galba de Araújo, em 1998; o apoio à implantação de CPN, em 1999; e o apoio à formação de enfermeiras obstetras (BRASIL, 2010).

Em setembro de 2000, a convite da Organização das Nações Unidas (ONU), 147 Chefes de Estado e de Governo de 191 países se reuniram para estabelecer metas e objetivos concretos para o desenvolvimento dos países vulneráveis. Foram traçados oito objetivos de desenvolvimento do milênio, entre os quais, reduzir a mortalidade materna em três quartos (Objetivo 5)

e da criança com menos de 5 anos em dois terços (Objetivo, 4), até 2015 (UNITED NATIONS, 2001).

Para alcançar esses objetivos propostos pela ONU, o Brasil adotou, entre as principais estratégias, a qualificação e humanização da atenção ao pré-natal ao parto e nascimento; promoção da atenção humanizada ao parto domiciliar e apoio à criação de CPN (BRASIL, 2010).

Assim, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo MS, em 2000, visa, como uma de suas prioridades, reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal no país. Seu objetivo primordial busca “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido” (BRASIL, 2002, p. 5). Esse programa é fundamentado na humanização da assistência obstétrica e neonatal, e, para isso, torna-se necessária uma adequação na assistência à mulher e ao RN (BRASIL, 2002).

Em 2001 foi publicado pelo MS, juntamente com a ABENFO e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), um manual intitulado Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Esse manual trouxe como objetivo disseminar conceitos e práticas de assistência durante o processo de nascimento, baseado em boas práticas. Suas orientações recomendam o uso da imersão em água durante o trabalho de parto como método não farmacológico para o alívio da dor, porém, ressalta a importância de mais estudos sobre essa prática (BRASIL, 2001).

Em 2004, o PAISM foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Conjuntamente, várias políticas e pactos são implementados, tais como: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; o Pacto pela Vida; e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007).

No ano seguinte, foi sancionada a Lei nº 11.108, que instituiu a obrigatoriedade aos serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniados, em permitir a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o período de pré-parto, parto e puerpério imediato (BRASIL, 2005). Essa Lei, sem dúvida, representa mais uma importante estratégia para a humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2008, publicou a Resolução RDC nº 36, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Hoje, ainda em vigor, ela tem como objetivo padronizar o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando além da qualificação desses serviços, a humanização da atenção e da gestão, e a redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2008). Nesta RDC, também é descrita a possibilidade de instalação de banheira no ambiente de assistência ao processo de parto (BRASIL, 2008).

Desse modo, é possível perceber que são muitas as estratégias do governo brasileiro, buscando a humanização e a melhoria da assistência obstétrica e neonatal. E assim, nessa tentativa de mudança na assistência obstétrica, foi instituída, em junho de 2011, a Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459. Nela, destacam-se seus objetivos:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a, p. 109).

Com os recursos financeiros da Rede Cegonha, está sendo estimulada a implantação de CPN, locais coordenados por enfermeiras obstétricas ou obstetrias, as quais são responsáveis pela assistência ao processo de nascimento (BRASIL, 2011a).

O manual de implantação da Rede Cegonha, que abrange as diretrizes de implantação dessa rede de cuidados às mulheres e crianças, inclusive nos CPN intra e extra-hospitalar, contempla a proposta da utilização de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio da dor, bem como o acompanhamento do trabalho de parto com condutas que respeitem a sua fisiologia, tais como o incentivo à deambulação,

o uso das bolas bobath, cavalinho, banheira e /ou chuveiro com água quente. Está prevista, ainda, a incorporação, nessas unidades, de salas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), onde terá disponível uma banheira para assistência ao trabalho de parto e parto (BRASIL, 2012a).

A instituição das propostas da Rede Cegonha, bem como dos CPN, significa a possibilidade de oferecer uma assistência obstétrica mais humanizada e com menos intervenções, baseada em evidências científicas (BRASIL, 2012a).

2.2 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE BRASILEIRO

O Setor de Saúde Suplementar brasileiro, por muito tempo, foi operacionalizado sem possuir uma regulamentação, até que, em 03 de junho de 1998, foi promulgada a Lei nº 9.656, que estabeleceu regras para o funcionamento do setor (ANS, 2009). Posteriormente, em 28 de janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961. A ANS é responsável por normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, garantindo a qualidade da prestação dos serviços, zelando, ao mesmo tempo, pela sustentabilidade econômica e financeira do setor de Saúde Suplementar (BRASIL, 2009).

Vinculada ao MS, a ANS tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e beneficiários, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2009). E, ainda, avalia, continuamente, as operadoras de planos de saúde por meio dos indicadores dos serviços prestados. Entre esses indicadores, está o indicador “Proporção de partos cesáreos”, com valores em torno de 84%, evidenciando que a operação cesariana predomina como tipo de parto no mercado privado de planos de saúde no Brasil (ANS, 2009).

Em 2004, a ANS estabeleceu diversas regulamentações, por meio da definição de regras assistenciais, entre as quais foi instituído o incentivo ao parto normal. No ano de 2008, foi elaborado o projeto “Parto Normal está no meu Plano”, visando

reduzir a morbimortalidade materna e neonatal no Setor Suplementar de Saúde; informar a população sobre os riscos relacionados às cesarianas desnecessárias e sobre os benefícios do parto normal e redução de cesarianas desnecessárias. Além disso, também previa a implementação da atenção humanizada e segura ao parto e ao nascimento, no Setor Suplementar de Saúde, baseada em evidências científicas; mudança do modelo de atenção obstétrica, com foco na mulher e pautado na qualidade, multidisciplinaridade e na integralidade das ações (ANS, 2009).

A Resolução Normativa (RN) nº 211, de 11 de janeiro de 2010, da ANS, traz no Capítulo I das disposições preliminares (Seção II), entre os princípios de atenção à saúde na saúde suplementar, a incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal. Neste mesmo documento, consta que "... a cobertura do parto normal [...] poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente" (ANS, 2011, p. 21).

Apesar das diversas iniciativas realizadas pela ANS, o indicador "Proporção de partos cesáreos" no Setor Suplementar de Saúde continua inalterado, mantendo-se em torno de 83%, porém o indicador "Proporção de parto normal" estabelecido é em torno de 17% (ANS, 2011). Modificar o modelo de atenção obstétrica e de atenção ao parto no Setor Suplementar de Saúde não é nada fácil, pois requer uma profunda mudança cultural. É preciso que se desenvolva um modelo de atenção obstétrica, organizado em uma perspectiva matricial, no qual a prática assistencial seja desenvolvida por uma equipe multiprofissional, em unidades de saúde cuja ambiência favoreça a vivência da gravidez e do parto de forma autônoma, e que a abordagem à mulher se pautem na integralidade das ações. A inserção da enfermeira obstétrica também pode ser uma estratégia eficaz para a mudança do modelo de atenção obstétrica, com consequente redução da proporção de cesarianas desnecessárias (TORRES *et al.*, 2012).

Como justificativa das elevadas taxas de cesariana, muitas vezes, o argumento fundamenta-se no direito das mulheres de escolher sua via de parto (COTZIAS; PATERSON-BROWN; FISK, 2001). Porém, estudo apresentado por Faúndes *et al.* (2004), que objetivou conhecer a preferência das mulheres quanto à via de parto, trouxe que a maioria prefere o parto

vaginal à cesariana. Essa diferença chega a 90% quando a mulher já experienciou as duas vias de parto, apontando como principal causa dessa preferência o medo da dor no pós-operatório. Esse estudo investigou também a opinião médica sobre essa preferência e constatou que mais de 80% da equipe médica refere que a mulher solicita cesariana por ter medo do parto vaginal. Os autores ressaltam o contraste entre o que os médicos acreditam ser a opinião das mulheres, e finalizam destacando a necessidade de uma melhor comunicação entre os médicos e as mulheres grávidas para, assim, tentar reverter a situação atual, de elevadas taxas de cesariana (FAÜNDES *et al.*, 2004).

Outro estudo, realizado no Setor Suplementar de Saúde, aponta que o número de mulheres submetidas a cesariana é duas vezes maior que o das que pretendem ter esse tipo de parto no início do pré-natal. Observa-se, portanto, que o serviço de saúde tem influência sobre o alto índice de cesariana, independente da intenção inicial da gestante. Esse quadro só poderá ser revertido com profundas mudanças no modelo de atenção à gestação e ao parto, e com a incorporação de outros profissionais além do profissional médico (DIAS, 2008).

2.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA

A utilização da água durante o parto e nascimento tem crescido rapidamente em países desenvolvidos (MAUDE; FOUREUR, 2007). O uso da imersão em água, durante o trabalho de parto para o alívio da dor, ganhou maior popularidade após a década de 90, especialmente nos países ocidentais, como a Inglaterra, Alemanha, Suíça e Áustria (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006a). O parto na água, internacionalmente, tem sido realizado em hospitais, em casas de parto e no domicílio, realizado majoritariamente por *midwives*¹ (MEYER; WEIBLE; WOEBER, 2010).

¹ Midwife/Midwives: são parteiras certificadas, prestadoras de cuidados na saúde primária e hospitalar, para a mulher durante toda a vida. Elas realizam desde exames físicos e educação em saúde até prescrição de medicamentos e exames laboratoriais, bem como pré-natal, atendimento ginecológico, assistência ao trabalho de parto e parto (ACNM, 2012).

Freeman e Griew (2007) descrevem o protocolo de assistência ao parto na água, da *Royal Prince Alfred Hospital* (Sydney/Austrália), onde os critérios para o uso da imersão em trabalho de parto são estabelecidos após avaliação de cada mulher, levando em conta o seu desejo em utilizar a imersão no trabalho de parto e a avaliação de risco da sua gestação. Inicialmente, é realizado um acordo verbal, no qual fica posto que, se a *midwife* identificar qualquer alteração no bem-estar materno ou fetal, a mulher poderá ser orientada a sair da água. É estabelecida a responsabilidade compartilhada, entre a mulher e a *midwife*, nas escolhas que são feitas durante a assistência. Este tipo de conduta pode ser muito satisfatório, tanto para mulher como para a *midwife*.

Em uma maternidade da Suíça, os partos na água seguem um rigoroso protocolo. A *midwife* acompanha todo o trabalho de parto e o parto, mas o médico é chamado caso tenha alguma complicação, para também acompanhar o momento do parto (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004). Gould (2007) acredita que o ambiente de assistência influencia no fato de os profissionais incentivarem ou não as mulheres a parir na água. No ambiente adequado, as *midwives* oferecem o uso da água durante o processo de nascimento e as mulheres aceitam e vivenciam experiências positivas.

Uma das principais preocupações do parto na água, e que pode influenciar na sua realização, é o suposto risco de infecção materna e neonatal. Devido a esse fator, alguns estudos trazem a forma como deve ser feita a higienização da piscina. Zanetti-Dällenbach (2006a) descreve que, após ter escorrido a água e limpado a banheira com sabão e água, ela deve ser higienizada com um produto estipulado pela política de controle de infecção da instituição.

Outra autora afirma que o parto na água não aumenta o risco de infecção, mas a forma como limpam a banheira pode influenciar. Assim, recomenda a higienização, consistente na limpeza com um produto específico, e a desinfecção com álcool 70%, para garantir que não haja a proliferação de nenhum microorganismo, que possa causar uma infecção materna ou neonatal. Antes do seu enchimento para uso no parto, a banheira deve ser enxaguada com água quente (60°C) e, mensalmente, deve ser feito controle microbiológico. Ainda mais, a banheira também deve ser lavada diariamente, durante 10 minutos, com

água a 60°C. E, durante o parto, regularmente deve ser feita a troca da água, garantindo uma temperatura confortável e a limpeza da água (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004).

Além disso, observa-se que existe uma preocupação quanto ao estabelecimento do valor ideal da temperatura da água durante a assistência ao parto na água, tendo sido apresentado um parâmetro, logo no primeiro estudo publicado sobre a temática (ODENT, 1983). Odent (1983) descreve que a temperatura utilizada por ele e sua equipe, na assistência ao parto na água, era de 37°C, sendo a água não esterilizada. Outro estudo relata que a temperatura da água pode variar entre 32 e 36°C durante a assistência ao parto (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006a).

Muitas *midwives* e médicos referem o desejo de estipular protocolos para a padronização de alguns cuidados com o parto na água, tais como: a temperatura da água e o tempo do banho de imersão. Porém, essa padronização fugiria à filosofia de cuidado, segundo a qual é a mulher quem escolhe quando ela quer entrar ou sair da banheira, qual a temperatura da água é confortável para ela, e se ela gostaria de parir na água (GEISSBUEHLER *et al.*, 2002).

Tendo isso em mente, Geissbuehler e colaboradores (2002) examinaram o efeito do banho de imersão e da temperatura da água sobre a temperatura corporal materna e neonatal, sobre a temperatura durante o parto e os parâmetros perinatais. Nesse estudo, foi a mulher quem determinou quando queria entrar e sair da banheira, bem como a temperatura da água. Foram acompanhados e comparados 30 partos na água, com 17 fora dela. A temperatura da água foi eletronicamente verificada a cada 2 minutos, durante todo o tempo em que a banheira foi utilizada. A temperatura materna axilar foi medida com um termômetro digital a cada 30 minutos, a partir do momento em que ela foi internada, até uma hora após o parto. A *midwife* que acompanhava o trabalho de parto registrou o momento do início e do término do banho de imersão, bem como a temperatura corporal no início do banho, no final do banho, e no momento do parto. A temperatura do RN foi verificada por via retal, 15 e 60 minutos após o parto. Os achados foram que a temperatura corporal durante o trabalho de parto não apresenta diferenças significativas, apenas no parto, sendo que a média foi de 36,9°C no parto na água, e de 36,3°C no parto fora da água.

Nenhuma mulher apresentou febre (temperatura > 37,5°C). Não foi observada diferença, estatisticamente significativa, nos resultados maternos e na temperatura corporal dos RN que nasceram na água ou fora dela, nos três momentos de medida (15 minutos após o parto, 60 minutos pós-parto, antes da alta). A temperatura da água da banheira foi medida nos seguintes momentos: no início da imersão (média de 35,2°C); no meio da imersão (média de 36°C); no momento do parto (média de 35,7°C); e no final da imersão (média de 32,9°C). A média de tempo do banho foi de 98 minutos, a duração mínima foi de 28 minutos e a máxima foi de 364 min. A temperatura ambiente variou entre 23°C e 25°C.

O estudo também destaca que para a mulher alcançar o conforto térmico na água, a temperatura deve ser de 35°C a 36°C, que é a zona neutra para esse tipo de conforto, no entanto, dependente da percepção individual da temperatura, que é influenciada pelas reservas calóricas de cada pessoa. No RN, o ajuste de temperatura corporal é mais limitado. A zona de conforto térmico, nos primeiros dias, varia entre 32°C e 34°C. Os autores concluíram que a mulher tem a capacidade de fazer a regulação da sua temperatura e da temperatura da água da banheira com competência, o que é comprovado pelos valores da sua temperatura permanecerem sempre dentro da faixa fisiológica. Com isso, os protocolos para temperatura da água e o tempo de banho não são apenas supérfluos, mas poderiam até ser perigosos, pois impediriam a mulher de fazer o controle fisiológico de regulação da sua temperatura (GEISSBUEHLER *et al.*, 2002).

No entanto, é imprescindível que se tenha cuidado para que o RN não tenha hipotermia após o nascimento, quando a mulher ainda estiver na água. Para garantir que isso não aconteça, pode ser instalada uma lâmpada de calor sobre a banheira ou envolver o RN em toalhas de água morna (GEISSBUEHLER *et al.*, 2002). Outro estudo descreve que nunca foi observada qualquer desregulação da temperatura corporal materna ou neonatal, mesmo quando as mulheres tomaram banhos de imersão com duração de duas horas ou mais (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000).

Em relação ao RN, é frequente a preocupação com o afogamento do neonato no parto na água. Porém, vários fatores inibem a respiração fetal desde a vida intrauterina: os hormônios,

que desempenham um papel importante nesta inibição, a prostaglandina E2, a adenosina e as endorfinas estão envolvidas nesse processo (MACKEY, 2001). Acredita-se que o reflexo de mergulho inibe os movimentos respiratórios. Esse reflexo inibe a respiração dentro do útero, bem como durante o trabalho de parto e no momento do mergulho do nascimento, devido ao contato com os fluidos (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004).

O contato com o ar e o contato com frio, ou seja, a diferença de temperatura entre o líquido amniótico e a atmosfera estimula o reflexo da respiração. Assim, o RN só irá respirar no momento que entrar em contato com o ar e com o frio. Outro fator capaz de gerar esse reflexo é a asfixia grave, causada pelo clameamento do cordão ou pela diminuição da circulação do cordão umbilical. Dessa forma, após o nascimento, o RN deve ser trazido para a superfície, pois não se sabe quanto tempo levará o desprendimento da placenta (ODENT, 2004).

Um relato de caso traz a descrição de um parto na água, no qual a mulher era primípara, com gestação de baixo risco e o seu RN foi diagnosticado com aspiração de água (da piscina) após o parto e necessitou de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Após 48h, apresentou melhora. Com base nesse único caso, o autor concluiu que o nascimento na água apresenta riscos para o RN e que os profissionais e os pais precisam estar cientes desses riscos potenciais, para que, assim, as mães possam fazer uma escolha totalmente consciente sobre o local do parto (KASSIM; SELLARS; GREENOUGH, 2005). Estudos como esse influenciam negativamente na percepção dos profissionais de saúde sobre essa modalidade de assistência.

Como já foi citado por Odent (2004), Richmond (2003) também orienta que as *midwives* devem trazer o bebê até a superfície logo após o nascimento, e que não há nenhuma vantagem em manter o bebê sob a água após o nascimento. Essa conduta evita que ele tenha o reflexo de respiração sob a água.

Da mesma forma, protocolos de assistência ao parto na água recomendam que o bebê deve ser levado suavemente, mas em segundos, para a superfície e colocado no peito da mãe (GEISSBUEHLER, EBERHARD, 2000; ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006a). Geissbuehler e Eberhard (2000) relatam que, em mais de 2.000 partos assistidos na água, nunca tiveram nenhum caso de aspiração.

Os protocolos de assistência trazem as condutas adotadas pela instituição. As maternidades que oferecem o parto na água devem desenvolver políticas e diretrizes sobre o uso da água no trabalho de parto e parto, pautadas nas evidências científicas existentes sobre o assunto. Esses guias devem ser construídos em conjunto com os profissionais que assistem esse tipo de parto, os quais devem estar, constantemente, aprimorando suas competências para assistir essa modalidade de parto (RCM, 2005). O guia de assistência deve ser construído para garantir a segurança do parto na água (WESTERN AUSTRALIA, 2009).

O parto na água deve estar disponível a todas as mulheres, não o restringindo a certo grupo de mulheres com determinada característica. Após receber informações sobre o parto na água, a decisão de optar por ele ou não deve ser feita pela mulher (RCM, 2005). Porém, a maioria dos protocolos traz indicações e contraindicações das mulheres que podem e não podem parir na água. Entre os critérios de inclusão mais comuns estão: mulheres saudáveis, com gestação única e de risco habitual, apresentação cefálica (SIM, 2011; RCM, 2005; WESTERN AUSTRALIA, 2009), em trabalho de parto ativo, que não necessitem de monitorização cardíofetal contínua, que tenham uma *midwife* ou “parceira de trabalho de parto” presente em todos os momentos, que sejam capazes de entrar e sair da banheira com pouca ajuda (SIM, 2011). Quando com bolsa rota, que a ruptura das membranas seja menor de 24 horas (RCM, 2005; WESTERN AUSTRALIA, 2009). Além disso, a mulher não deve ter sido submetida à sedação sistêmica (RCM, 2005) e deve ter recebido informações sobre o parto na água no pré-natal, sendo orientada que, se houver indicação, deverá sair da água. Mulheres que já tiveram cesarianas ou partos induzidos serão avaliadas de forma individual e o profissional que a acompanhará decide se ela possui condições de ter o trabalho de parto e parto na água (SIM, 2011).

Como critérios de exclusão ao parto na água, estão a detecção da frequência cardíaca fetal como não tranquilizadora, espessura moderada do líquido amniótico meconial, hipertermia materna, distocia de apresentação, sangramento vaginal aumentado (SIM, 2011). Os protocolos institucionais sobre o parto na água costumam trazer, ainda, recomendações para a assistência nas diversas fases do trabalho de parto, nos

cuidados com o bebê, além de orientações para o controle de infecção e segurança ocupacional (SIM, 2011; RCOG; RCM, 2006; RCM, 2005).

2.4 RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DO PARTO NA ÁGUA

Como qualquer intervenção realizada durante o trabalho de parto, a utilização do parto na água envolve riscos e benefícios. Sobre este assunto, porém, Cluett e Burns (2012) descrevem que não há evidências suficientes em relação aos resultados maternos e neonatais do parto na água para apoiar ou contraindicar essa escolha. Ainda há muito para ser descoberto e estudado sobre o parto na água, mesmo assim, atualmente, não existem evidências suficientes para negar essa opção de assistência para qualquer mulher que tenha tido uma gestação de risco habitual e um trabalho de parto sem complicações (BURNS, 2006).

Entre os benefícios do parto na água para a mulher destacam-se: o alívio da percepção dolorosa (CLUETT; BURNS; 2012; GOULD, 2007), a diminuição do uso de analgesia no parto (CLUETT; BURNS; 2012; GOULD; 2007; ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006a), relaxamento, bem-estar, autoconfiança (MAUDE; FOUREUR, 2007), o menor uso de ocitocina, a redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e menor taxa de episiotomia. Para o RN: não foi encontrada diferença nos resultados relativos ao índice de Apgar; na taxa de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e no grau de infecção (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006a).

Além dos benefícios associados ao parto na água, também são descritas algumas indicações para a sua adoção. Entre elas, destacam-se: fetos grandes, pois a água causa relaxamento muscular e facilita a dilatação do canal do parto; presença de cicatrizes (episiotomia ou cesariana), uma vez que elas ficam mais elásticas; e hipertensão materna, já que a água morna contribui para o relaxamento, e conseqüente diminuição da pressão arterial (ENNING, 2000).

Zanetti-Dällenbach e colaboradores (2006a) desenvolveram um estudo observacional prospectivo, entre 1988 e 2002, com 513 mulheres, com gestações de baixo risco, que

escolheram parir na água. Concluíram que o parto na água é uma promissora alternativa aos métodos tradicionais de parto normal, pois é uma prática segura, na qual os resultados maternos e neonatais são semelhantes aos outros métodos, não havendo resultados adversos.

No entanto, algumas contraindicações do parto na água são descritas na literatura e devem ser respeitadas, por exemplo: apresentação pélvica; gestação gemelar; prematuridade; obesidade materna, com índice de massa corpórea maior ou igual a 40 (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004); diminuição da frequência cardíaca fetal (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004); gestoses; trabalho de parto prolongado, com ou sem ruptura prematura das membranas; e medo ou insegurança da parturiente em permanecer na água (ENNING, 2000).

Os profissionais que não são adeptos da atenção ao parto na água levantam as seguintes possíveis complicações: aspiração da água e afogamento do RN; maiores taxas de lacerações de 3º e 4º graus; aumento do sangramento pós-parto; infecções maternas e do RN; e hiper ou hipotermia (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000).

A imersão em água durante o trabalho de parto é um método não farmacológico de alívio da percepção dolorosa. Com a sua utilização, reduz-se o emprego da analgesia de parto e, com isso, os efeitos colaterais causados por ela. Essa prática não possui efeitos colaterais, mas a valorização do uso da farmacologia e da tecnologia para propiciar o relaxamento sobrepõe-se ao seu uso (GOULD, 2007).

Em um estudo que compara o parto na água com o que ocorre fora dela, os resultados mostram que 30,3% das mulheres que pariram na água precisaram de analgésicos, percentual menor do que as que pariram fora da água, que foi de 42,0%. Os analgésicos utilizados foram: supositórios analgésicos (escopolamina butilbrometo, cloridrato de tramadol e uma mistura de morfina/codeína/papaverina/noscapina e atropina) e injeções (das mesmas substâncias que nos supositórios). A taxa de anestesia epidural foi de 0,2% para as mulheres que pariram na água e 6,6% para as que pariram fora da água (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004).

Pesquisa sobre a experiência com o parto mostrou que é mais gratificante para as mulheres que utilizam a água, quando comparada com as mulheres que parem fora da água. As

mulheres estudadas foram solicitadas a indicar a sua satisfação com a experiência de parto por meio de uma escala que possuía nos seus extremos “maravilhoso” e “terrível”. A avaliação das mulheres que pariram na água se aproximou mais do “maravilhoso” (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000).

A ingestão de alimentos não é restrita no parto na água, ou seja, a parturiente pode comer e beber o quanto ela desejar, independente de ela estar na banheira ou fora dela. Caso ela apresente náusea, irá receber fluidoterapia, podendo continuar na banheira (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000).

O parto na água também é descrito como uma modalidade de assistência utilizada para diminuir as intervenções no processo de nascimento. Em 1991, uma maternidade na Suíça introduziu uma nova modalidade de assistência ao parto, em resposta ao desejo crescente das mulheres por métodos alternativos de atendimento, que respeitasse o processo natural e o uso restrito de métodos invasivos. Ao analisarem os 7.508 nascimentos ocorridos entre 1991 e 1997, eles perceberam que 79,3% foram partos espontâneos, com apresentação cefálica, sendo que 34,0% destes foram na água; 9,6% foram cesáreas; 8,4% foram de partos vaginais com vácuo; 1,8% foram em apresentação pélvica; e 0,9% gemelares (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000). Posteriormente, nessa mesma instituição, percebeu-se que, ao interromper a assistência do parto na água devido a alguma alteração no trabalho de parto, ainda, 82,74% dos partos aconteciam, espontaneamente, fora da água, e a taxa de cesariana neste grupo era de apenas 0,64% (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004).

Na literatura, não existe um consenso se o parto na água aumenta ou diminui as taxas de laceração perineal, porém são unânimes as afirmativas de que as taxas de episiotomia são menores. Geissbuehler e colaboradores (2004) trazem que no parto na água é mais frequente a ocorrência de períneos íntegros e lacerações de 1° e 2° graus, assim como lacerações labiais. Episiotomias e lacerações perineais de 3o e 4o graus são mais prevalentes nos partos fora da água. Os achados da pesquisa apontaram uma taxa de episiotomia de 8,3% em parto na água e 25,7% no parto fora dela.

Em outro estudo, foram observadas maiores taxas de laceração de 1° e 2° graus nas mulheres que tiveram partos na água, sendo que não foram observadas lacerações de 3° grau.

Nas mulheres que pariram fora da água, mas tiveram imersão durante o trabalho de parto, a prevalência de lacerações de 3o grau foi de 2,3% e 0,7% para as mulheres que não usaram a água em nenhum dos períodos. Entretanto, as taxas de episiotomia foram significativamente maiores nas mulheres que pariram fora da água, sendo 37,0% nas que não usaram água, 48,9% nas que usaram apenas durante o trabalho de parto, 55,9% nas que foram submetidas a parto instrumental e somente de 5,6% nas que pariram na água (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006a).

GEISSBUEHLER *et al.*, (2002) realizaram uma pesquisa que comparou 2.834 partos na água com 4.885 partos fora da água, objetivando observar a perda sanguínea, através da diferença entre a hemoglobina (Hb g/l) antes do parto e a hemoglobina de três a quatro dias pós-parto. A média de perda sanguínea no parto na água foi de -4.94 g/l (SD = 14,96), sendo significativamente ($p < 0,05$) menor do que nos partos fora da água, -7.83 g/l (SD = 18,7).

Posteriormente, os mesmos autores realizaram outro estudo que analisou essas variáveis e constatou que, a média de perda sanguínea foi de 5.26 g/l no parto na água e para o parto fora da água a perda foi de 8.08 g/l de sangue, em média. As razões que explicam o menor sangramento do parto na água podem ser a pressão hidrostática da água nos vasos sanguíneos e a menor taxa de episiotomia, bem como de danos teciduais. Além disso, as hemorragias na água são rapidamente identificadas, pois a água, tornando-se impressionantemente vermelha (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004), faz com que o profissional assumira uma postura ativa no controle de hemorragia pós-parto. Outro estudo também apontou que a perda de sangue materno foi maior no grupo de mulheres que teve parto fora da água, sendo que a diferença foi maior no parto instrumental (ZANETTI-DÄLLENBACH, 2006a).

A terceira fase do parto na água, geralmente, ocorre dentro da banheira enquanto a mãe segura o filho (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000). Resultados de um estudo observacional descritivo apontaram que das mulheres que pariram na água, 57% delas tiveram o período de dequitação na água. Contudo, nos casos em que a placenta não havia dequitado nos primeiros 10 minutos após o nascimento ou o sangramento estava aumentado, era aplicado 5 UI de ocitocina

por via intravenosa e a mulher tinha que sair da banheira (ZANETTI-DÄLLENBACH, 2006a).

Uma das principais preocupações com a utilização do parto na água é o risco aumentado de contaminação para a mulher e o RN, que são expostos a esse tipo de parto (FEHERVARY *et al.*, 2004). Contudo, as evidências não apontam diferenças significativas ao comparar a taxa de infecção ocorridas nos partos assistidos na água com os fora dela. Estudo observacional prospectivo, realizado com 513 mulheres com gestação de baixo risco, apontou que a taxa de infecção materna e neonatal do parto na água foi, estatisticamente, igual aos partos tradicionais (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2007).

O foco de outro estudo foi analisar a taxa de colonização microbiológica neonatal e materna após o parto na água em comparação com o parto tradicional. A amostra foi composta por 96 RN, tendo 3 grupos de comparação (grupo 1 - 34 RN após o parto na água, grupo 2 - 36 RN após parto tradicional, e grupo 3 - 26 RN após o parto tradicional, no qual a parturiente teve banho de relaxamento durante o trabalho de parto), nos quais foram coletados amostras após o parto. Em um segundo momento, foram encaminhados formulários, sobre o desenvolvimento de infecção materna e neonatal, para 100 mulheres que pariram na água e para 100 mulheres que tiveram parto tradicional. Os resultados evidenciaram que não houve diferença, estatisticamente, significativa na incidência de infecção materna e neonatal, relativa ao tipo de parto (FEHERVARY *et al.*, 2004).

A infecção por *Estreptococos* do grupo B em recém-nascidos continua sendo um desafio em obstetria e neonatologia. Nesse sentido, Zanetti-Dällenbach e colaboradores (2006) realizaram um estudo prospectivo para investigar o impacto do parto na água sobre a taxa de colonização do RN por esse microrganismo. Após o nascimento na água, a colonização dos RN por *Estreptococos* do grupo B foi significativamente menor. Os autores consideram que com o uso da imersão no momento do parto, o “banho” que o RN toma no momento do nascimento o protege dessa bactéria. Geissbuehler e colaboradores (2004) ao compararem 3.617 partos na água com 5.901 partos fora dela, concluíram que as infecções oculares ocorreram com maior frequência nos RN que nasceram fora da água, assim como todos os outros tipos de infecções no RN.

Esses mesmos autores já haviam descrito, em estudo anterior, que a taxa de infecção era de 0,6% nos bebês nascidos na água, 1,1% nos nascidos de cócoras com o uso do banquinho e 1,05% nos nascidos na cama. Não houve diferença, estatisticamente, significativa entre os três grupos, mas foi possível analisar que o parto na água não causa aumento de infecção. O estudo não especifica todos os tipos de infecções, entretanto, descreve que a mais comum no RN, durante a primeira semana de vida, foi a conjuntivite inespecífica (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000).

Por meio do índice de Apgar, é possível analisar quais foram as condições de nascimento do RN. Estudo que comparou esse índice nos bebês nascidos dentro da água e fora da água constatou que não houve diferença, estatisticamente, significativa entre os grupos quanto ao Apgar do 5º minuto de vida (< 7) e do 10º minuto (< 9), assim como as complicações neonatais (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004).

Uma pesquisa aponta que há um maior cuidado com o monitoramento da frequência cardíaca fetal nos partos que ocorrem na água, sendo que, diante de qualquer alteração, as mulheres são retiradas da banheira para parir fora dela. Esse cuidado poderia explicar os maiores valores do Apgar dos RN nascidos na água, bem como o pH do sangue arterial do cordão umbilical, significativamente, aumentado (GEISSBUEHLER; EBERHARD, 2000).

A distocia de ombro é uma das intercorrências que pode acontecer no período expulsivo e que precisa ser manejada com habilidade. Geissbuehler e Eberhard (2000) observaram que essa intercorrência foi menos frequente nos partos na água (0,29%) do que nos partos fora da água (0,46%). Outra pesquisa apresenta resultados semelhantes, descrevendo a distocia de ombro em 0,2% dos partos na água e em 0,3% dos partos fora da água. Essa diferença não foi, estatisticamente, significativa (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004). No estudo de Zanetti-Dällenbach (2006a), essa distocia não foi observada em nenhuma das modalidades de parto.

Com relação a outras intercorrências com o RN, logo após o parto, pode ser identificada a síndrome da angústia respiratória. Estudo de Geissbuehler e colaboradores (2002) apontam que a permanência dessa síndrome por um período > 2 horas pós-parto foi diagnosticada em 19 RN após o parto na

água e em 65 RN após o parto fora da água. Esta diferença apresenta significância estatística. O estudo de Geissbuehler e colaboradores (2004) encontrou uma taxa maior de complicações neonatais, com posterior transferência para uma UTI neonatal nos partos fora da água, quando comparados com os assistidos na água.

De forma geral, segundo Pagano *et al.* (2010), os estudos relatam que o parto na água reduz a incidência de episiotomia, a necessidade de analgesia, aumenta o bem-estar materno, não interfere na duração do trabalho de parto e no bem-estar do RN. Além disso, avaliando os benefícios e resultados desse tipo de parto, economicamente, ele é vantajoso (PAGANO *et al.*, 2010).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal é um tipo de estudo observacional, no qual todas as medidas são feitas em um único momento. Uma amostra é selecionada e nela são verificadas as distribuições das variáveis. Assim, é possível verificar as associações entre as variáveis definidas como exposição e desfecho (NEWMAN *et al.*, 2003).

Uma característica de destaque do estudo transversal é a possibilidade que oferece de realizar uma estatística descritiva, através da prevalência. Prevalência é a proporção da população que tem uma doença ou condição clínica em um determinado momento (NEWMAN *et al.*, 2003).

3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O hospital e maternidade, cenário deste estudo, é uma instituição do Setor Suplementar de Saúde de Santa Catarina. Nele, são realizadas consultas e cirurgias de várias especialidades e, desde 2007, possui uma maternidade em suas dependências, que disponibiliza assistência durante a gestação, o parto e o pós-parto em todos os níveis de complexidade. A maternidade conta com uma sala para a assistência ao parto normal com banheira, onde são realizados os partos na água, e um centro cirúrgico, onde são realizadas as cesarianas. Possui também uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A assistência ao parto é prestada por uma equipe médica e uma de enfermagem. A equipe médica conta com 52 médicos obstetras, credenciados na maternidade, tendo sempre um plantonista; e 10 neonatologistas, sendo que também há sempre um de plantão. A equipe de enfermagem é composta por nove técnicos, distribuídos nos diferentes turnos de trabalho; e por uma enfermeira, responsável pela assistência prestada na maternidade. A parturiente pode contratar e ser acompanhada por uma doula durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Além da assistência ao parto, há também o atendimento 24h a

urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia, realizado pelo médico plantonista.

Esta maternidade, do Setor Suplementar de Saúde, oferece uma assistência norteada pelas boas práticas, sem o uso rotineiro de enema, tricotomia, restrição hídrica e alimentar, entre outras. Contudo, ela não possui um protocolo de atendimento, para que as práticas assistenciais sejam padronizadas. Assim, cada profissional responsável pelo acompanhamento à mulher estabelece as próprias condutas. Esta maternidade foi escolhida para ser o local de estudo por ser, no momento da realização da pesquisa, a única instituição que oferecia assistência ao parto na água na Grande Florianópolis. A média mensal de nascimentos, em 2012, foi cerca de 90, sendo que desses, 20% foram de partos normais, sem estatística, porém, de quantos desses foram de partos na água.

3.3 AMOSTRA

Para verificar a prevalência dos partos na água, a amostra foi composta por todos os nascimentos (4.463), de 2008 a 2012. A delimitação desse período foi determinada pelo interesse em analisar os anos completos. Assim, foram excluídos os nascimentos ocorridos em 2007 (260) e 2013 (578) e seis prontuários não disponíveis no setor de arquivo (Figura 1).

Para descrever e comparar as características sociodemográficas e obstétricas e analisar os resultados maternos e neonatais das mulheres que pariram na água e fora dela, foram incluídas todas as mulheres (973) que tiveram parto normal a termo, com feto único e apresentação cefálica e seu RN desde a abertura da maternidade, junho de 2007 a maio de 2013, quando se encerrou a coleta de dados. Foram excluídas desta análise 51 mulheres que tiveram parto normal, mas os prontuários não estavam disponíveis no setor de arquivos; 69 mulheres que tiveram partos normais com RN pré-termo; duas com parto normal gemelar e uma com parto pélvico (Figura 1).

Os dados foram coletados no livro de registro de nascimentos e nos prontuários das mulheres que tiveram parto normal, disponíveis no setor de arquivo da instituição.

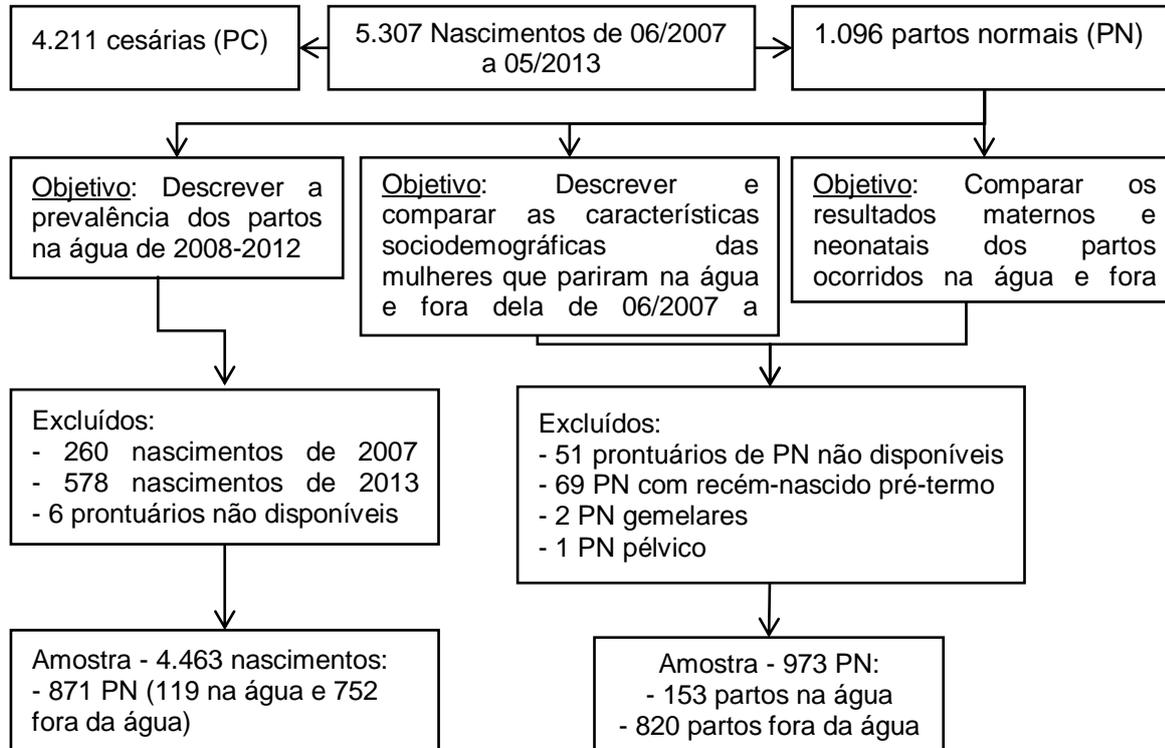


Figura 1 - Plano amostral de acordo com os objetivos do estudo

Fonte: Dados da pesquisa

3.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

As mulheres e seus RN foram selecionados a partir dos prontuários disponíveis no setor de arquivos da instituição. Para tanto, foi verificado, em cada prontuário disponível no setor, se a mulher atendia aos critérios de inclusão. A coleta de dados sobre os partos normais foi realizada nos prontuários e o número de cesarianas foi verificado no livro de nascimento.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foi utilizado um instrumento para a coleta de dados, o qual foi testado anteriormente, sendo ajustadas as variáveis a partir dos dados apresentados nos prontuários e de acordo com as principais variáveis discutidas nos estudos sobre a temática. Elas foram classificadas como sociodemográficas (dados de identificação), obstétricas (histórico obstétrico, dados da internação, do trabalho de parto, parto e do pós-parto imediato) e do recém-nascido. Todas as variáveis foram coletadas nos prontuários maternos, nos registros médicos e na ficha de atendimento do RN.

A seguir, serão apresentadas as variáveis do instrumento de coleta de dados utilizadas, com suas descrições e classificação (Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO), Quantitativa Contínua (QTC), Quantitativa Discreta (QTD) e Quantitativa Ordinal (QTO)).

3.5.1 Variáveis sociodemográficas

Estas variáveis foram coletadas na ficha de internação da maternidade ou na Declaração de Nascidos Vivos.

Faixa etária (QTO) – número de anos completos no dia do parto. Idades agrupadas em: 13 a 19 anos, de 20 a 34 anos e 35 anos ou mais.

Cor da pele (QLN) – de acordo com o prontuário da mulher, classificada em: branca, negra/parda/amarela e não informado. Foram agrupadas várias cores de pele, por as mesmas apresentarem um número reduzido de indivíduos.

Estado marital (QLN) – situação conjugal da mulher, classificado em: com companheiro (casada, união consensual) ou sem companheiro (solteira, divorciada, separada, viúva).

Escolaridade (QLO) – foi considerado o término do ensino fundamental, médio ou superior. Classificada em: ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo.

Trabalho remunerado (QLN) – atividade exercida habitualmente e que gera remuneração ou não, classificado em: atividade remunerada, atividade não remunerada ou não informado.

Profissional médico que atendeu o parto (QLN) – classificado como: plantonista ou pré-natalista.

Financiamento do parto (QLN) – tipo de seguro de saúde da mulher no momento da internação. Classificado como: pago por convênio de saúde ou pago sem convênio de saúde - particular.

3.5.2 Variáveis obstétricas

Estas variáveis foram coletadas na ficha de admissão obstétrica, no partograma, na ficha de admissão do RN, ou descritas na Declaração de Nascidos Vivos.

Paridade (QLN) – considerando o parto atual, primíparas quando foi o primeiro parto; e multíparas quando foi o segundo ou mais.

Idade gestacional (QTD) – semanas de amenorreia no momento da internação da parturiente, calculada pelo obstetra através da ultrassonografia, pela data da última menstruação ou pelo registro da idade gestacional contida no prontuário. Classificada em semanas e dias completos.

Número de consultas de pré-natal (QTD) – número total de consultas de pré-natal até o dia do parto. Registrado em números ordinais, classificado como: menor de seis consultas, de seis a oito consultas, de nove a 11 consultas e maior de 11 consultas.

Intercorrências na gestação (QLN) – doenças maternas relatadas pelo obstetra ou pelo neonatologista. Foram agrupadas em: Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)/Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus

(DM), Hipotireoidismo, Infecção do Trato Urinário (ITU)/Pielonefrite, outras doenças, ou sem intercorrências.

Batimentos cardíacos do feto (BCF) na internação (QTD) – os batimentos cardíacos fetais são considerados normais quando a variação da frequência cardíaca está entre 110 e 160 batimentos por minuto (bpm) (TUCKER, 2002). Assim, foram consideradas com alteração frequências cardíacas inferiores a 110 bpm e superiores 160bpm. Classificados como: normal ou com alteração. Foi considerado o valor do BCF informado no momento da chegada da parturiente.

Dinâmica uterina na internação (QLN) – percepção das contrações uterinas no momento da internação, registrada como presente ou ausente.

Fase do trabalho de parto na internação (QLO) – dilatação do colo uterino na primeira avaliação obstétrica, classificada em centímetros, de 1 a 10 e agrupadas em: fase latente (<4cm), fase ativa (4-9cm) e período expulsivo (10cm).

Estado das membranas na internação (QLN) – integridade ou ruptura das membranas ovulares no momento da internação, classificada em: íntegras, rotas, ou não informado.

Cor do líquido amniótico na internação (QLN) – coloração observada no líquido amniótico no momento da internação, classificada em: claro, meconial, ou não informado.

Uso de ocitocina no parto (QLN) – uso de infusão endovenosa de ocitocina, classificada como: sim ou não.

Analgesia de parto (QLN) – bloqueio de condução (peridural ou raquidiano) para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, classificada em: sim ou não.

Amniotomia (QLN) – perda da integridade das membranas ovulares, através da ruptura artificial das membranas. Classificada como: sim, não, ou não informado.

Cor do líquido amniótico no parto (QLN) – coloração do líquido amniótico no momento do parto, classificada em: claro, meconial, ou não informado.

Batimentos cardíacos do feto (BCF) no trabalho de parto e parto (QTD) – os batimentos cardíacos fetais são considerados normais quando a variação da frequência cardíaca está entre 110 e 160 batimentos por minuto (bpm) (TUCKER, 2002). Assim, foram consideradas com alteração frequências cardíacas inferiores a 110 bpm e superiores 160bpm. Classificados como: normal ou com alteração. Considerados

todos os valores do período de internação, após a anamnese, até o nascimento.

Local do parto (QLN) – local onde ocorreu o parto, se dentro da água ou fora dela.

Posição de parto (QLN) – posição que se encontrava a parturiente no momento do parto. Agrupada em: vertical/decúbito lateral/Gaskin, horizontal, ou não informada.

Episiotomia (QLN) – incisão cirúrgica vulvoperineal (MONTENEGRO; FILHO, 2011), classificada como: sim ou não.

Trauma perineal (QLN) – presença ou ausência de trauma perineal espontâneo, classificado em: sim ou não.

Hemorragia pós-parto (QLN) – relato médico de sangramento aumentado ou hemorragia pós-parto. Classificada como: sim ou não.

Retenção placentária (QLN) – quando o secundamento excede 30 minutos da expulsão do feto (MONTENEGRO; FILHO, 2011). Classificada como: sim ou não.

3.5.3 Variáveis do RN

Variáveis coletadas na ficha de admissão do RN ou descritas na Declaração de Nascidos Vivos.

Peso do RN (QTC) – valor da massa corporal do RN logo após o nascimento, expresso em gramas.

Aspiração de vias aéreas superiores no nascimento (QLN) – procedimentos realizados no RN logo após o nascimento, classificada como: sim, não, ou não informado.

Oferta de oxigênio no nascimento (QLN) – procedimentos realizados no RN logo após o nascimento, classificada como: sim, não, ou não informado.

Ventilação pressão positiva no nascimento (QLN) – procedimentos realizados no RN logo após o nascimento, classificada como: sim, não, ou não informado.

Apgar no 1º minuto (QTD) – avaliação da vitalidade do RN pelo escore de Apgar no 1º minuto de vida, segundo descrito pelo Neonatologista na ficha de admissão do RN, classificado em números ordinais: de 0 a 10.

Apgar no 5º minuto (QTD) – avaliação da vitalidade do RN pelo escore de Apgar no 5º minuto de vida, segundo descrito

pelo Neonatologista na ficha de admissão do RN, classificado em números ordinais: de 0 a 10.

Internação em UTI neonatal (QLN) – necessidade do RN ser internado na UTIN logo após o parto, relacionado a fatores do nascimento. Foi classificado como: sim ou não.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2013, no livro de registro de nascimento e nos prontuários selecionados, de forma retrospectiva, por meio de um formulário (APÊNDICE A), que foi previamente testado e reformulado para ficar adequado às informações disponíveis.

O formulário contemplou as variáveis sociodemográficas (faixa etária, cor da pele, estado marital, escolaridade, trabalho remunerado, profissional médico que atendeu o parto, financiamento do parto), obstétricas (paridade, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, intercorrências na gestação, BCF na internação, dinâmica uterina na internação, fase do trabalho de parto na internação, estado das membranas na internação, cor do líquido amniótico na internação, uso de ocitocina no parto, analgesia de parto, amniotomia, cor do líquido amniótico no parto, BCF no trabalho de parto e parto, posição de parto, episiotomia, trauma perineal, hemorragia pós-parto, retenção placentária) e neonatais (peso do RN, aspiração de vias aéreas superiores no nascimento, oferta de oxigênio no nascimento, ventilação pressão positiva no nascimento, Apgar no 1º minuto, Apgar no 5º minuto, internação na Unidade de Tratamento Intensivo - UTI).

Todos os procedimentos de coleta tiveram início após a submissão e a aprovação (ANEXO A) da Plataforma Brasil, sendo realizada de janeiro a julho de 2013.

O hospital e maternidade, local do estudo, conta com um espaço onde arquiva todos os prontuários da instituição, embora, no período da coleta de dados, estes não estivessem organizados em suas especialidades, bem como não estivessem cadastrados em um sistema. Os prontuários estavam apenas numerados em ordem cronológica de atendimento, independente do procedimento realizado. Com isso, para selecionar os prontuários de parto normal, foi necessário verificar, individualmente, os aproximados 30 mil prontuários da

instituição, para identificar o procedimento realizado. Esse processo demandou muito trabalho e tempo, razão pela qual contou-se com a colaboração de duas alunas bolsistas de iniciação científica para realizar essa verificação.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE

Para organização e processamento dos dados, estes foram codificados e digitados no programa EPI INFO 7 (7.1.0.6) - versão 2012, a partir do registro do formulário padronizado. Foi realizada a revisão e correção da base de dados para posterior análise.

Para leitura do banco de dados e análise estatística, foi utilizado o Software Stata SE 9.0. Foi realizada estatística descritiva (frequências relativa e absoluta), bivariada e múltipla. Foram estimadas as prevalências e testada a associação entre as diversas variáveis e o parto na água através do teste qui-quadrado. Foram calculadas as razões de chance (Odds Ratio) brutas e ajustadas e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) por meio de regressão logística.

Ao comparar as características sociodemográficas e maternas na internação das mulheres que pariram na água e fora dela, o parto na água e o parto fora da água foram considerados como desfecho. A análise ajustada foi realizada por blocos, das variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$. No primeiro bloco, foram incluídas as variáveis sociodemográficas; e, no segundo, as características maternas na internação. O ajuste foi realizado com as variáveis paridade e faixa etária. Permaneceram no modelo ajustado as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Para comparar os resultados maternos e neonatais dos partos ocorridos na água e fora dela, o parto na água e fora da água foi a exposição. A análise ajustada foi realizada, individualmente, para cada variável. As variáveis relacionadas com os resultados maternos foram ajustadas, individualmente, por diferentes variáveis, da seguinte forma: uso de **ocitocina no parto** por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação, amniotomia e analgesia de parto; **analgesia de parto** por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação e uso de ocitocina no parto; **amniotomia** por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação; **cor do líquido amniótico no parto** por paridade, faixa etária, uso de ocitocina no parto; **BCF**

no trabalho de parto e parto por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação, amniotomia e uso de ocitocina no parto; **posição de parto** por paridade e faixa etária; **episiotomia** por paridade, faixa etária e BCF no trabalho de parto e parto; **trauma perineal** por paridade, faixa etária, uso de ocitocina no parto, posição de parto e peso do RN; **hemorragia pós-parto** por paridade, faixa etária e intercorrência na gestação; e **retenção placentária** por paridade e faixa etária.

As variáveis relacionadas aos resultados neonatais também foram ajustadas individualmente, da seguinte forma: **aspiração das vias aéreas superiores no nascimento** por paridade, faixa etária, BCF no trabalho de parto e parto, cor do líquido amniótico no parto e uso de ocitocina no parto; **oferta de oxigênio no nascimento** e **ventilação pressão positiva no nascimento** foram ajustadas por paridade, faixa etária, BCF no trabalho de parto e parto, cor do líquido amniótico no parto e Apgar no 1º minuto de vida; **Apgar no 1º minuto de vida** e **Apgar no 5º minuto de vida** por paridade, faixa etária e BCF no trabalho de parto e parto; e **internação na UTI** por paridade, BCF no trabalho de parto e parto, intercorrência na gestação e Apgar no 5º minuto de vida. Permaneceram nos modelos subsequentes as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida cumprindo os aspectos éticos de acordo com as Resoluções nº 196/96 e nº 466/12, ambas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996; 2013), e que dispõem sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos. O protocolo de pesquisa (CAAE 11681212.6.0000.0121) foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do Protocolo nº 207.310, de 18/02/2013.

A autorização, para utilizar os dados das mulheres que tiveram parto normal e seus RN, foi obtida através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), encaminhado por e-mail, após localização dessas mulheres, por contato telefônico. Foram esclarecidos os objetivos do estudo e a importância da pesquisa, assim como o direito de não permitir que seus dados e de seu RN fossem inseridos na pesquisa, sem

que lhes acarretassem danos ou prejuízo. Todos os dados foram mantidos em sigilo, assim como, manteve-se o anonimato das participantes durante todo o processo de coleta e análise.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados em forma de dois artigos, de acordo com as normas da ABNT e conforme a Instrução Normativa nº 10/ PEN/ 2011, que dispõe sobre os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem – PEN/UFSC.

Os artigos foram intitulados da seguinte forma:

Artigo 1: Parto na água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis/SC.

Artigo 2: Resultados maternos e neonatais de mulheres que pariram na água e fora dela em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis/SC.

4.1 ARTIGO 1 - PARTO NA ÁGUA EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC

Tânia Regina Scheidt¹
Odaléa Maria Brüggemann²

Correspondência: Tânia Regina Scheidt. Rua Ferreira Lima, 178 – Ap. 1.202. Centro – Florianópolis, Santa Catarina. CEP: 88015-420. E-mail: ainatrs@gmail.com

RESUMO

OBJETIVOS: descrever a prevalência dos partos na água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde, em relação ao número de nascimentos e estimar a associação entre as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres na internação com o parto na água e fora dela. **MÉTODO:** estudo transversal, realizado em um hospital e maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis/SC. A amostra foi composta por todas as mulheres que tiveram parto normal (973) de junho/2007 a maio/2013. Os dados foram coletados no livro de registro de nascimentos e nos prontuários, de janeiro a julho/2013, por meio de um formulário. A análise foi realizada no Software Stata SE 9.0, utilizando estatística descritiva e bivariada. Foram estimadas as prevalências e testadas as associações entre as variáveis por meio do teste qui-quadrado. Calculou-se o Odds Ratio bruto e ajustado com intervalos de confiança a 95% por meio de regressão logística. **RESULTADOS:** dos 871 partos normais ocorridos de 2008 a 2012, a prevalência dos partos na água foi de 13,66%. A maioria das mulheres que teve parto normal tinha entre 20 e 34 anos (81,22%), era branca (93,11%), possuía companheiro (69,60%), ensino superior completo (86,93%), primípara (69,17%), com

¹ Enfermeira Obstétrica e Neonatologista. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR).

² Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora CNPq. Vice-líder do GRUPESMUR.

gestação a termo (69,50%), havia realizado de 6 a 8 consultas no pré-natal (43,85%) e sem intercorrências na gestação (87,46%), foi internada na fase ativa do trabalho de parto (57,59%) com bolsa íntegra (63,79%). Não houve associação entre as características sociodemográficas e obstétricas da internação com o desfecho. **CONCLUSÃO:** a prevalência de parto na água vem aumentando a partir de 2010. As características sociodemográficas e obstétricas na internação não estão associadas com o desfecho estudado, sendo que as mulheres com convênio de saúde e com condições de pagar diretamente a assistência hospitalar têm a oportunidade de parir na água em Florianópolis/SC.

Descritores: Parto Normal. Parto Humanizado. Saúde suplementar. Prática Clínica Baseada em Evidências.

WATER BIRTH IN A MATERNITY OF THE SUPPLEMENTAL HEALTH SECTOR OF FLORIANÓPOLIS – SC

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the prevalence of water birth in a maternity of the Supplemental Health Sector with regards the number of births and to estimate the association between the sociodemographic and obstetric characteristics of the women who do water birth and out of it. **METHODS:** A cross-sectional study in a hospital and maternity of the Supplemental Maternity Hospital and Health Sector of Florianópolis-SC. The sample was conformed by all women who had normal delivery (973) from June/2007 to May 2013. The data was collected in the book of birth registration and the records from January to July/2013, through formularies. The analysis was performed in Stata SE 9.0 software using descriptive statistics and bivariate. The prevalence were estimated and we tested the association between variables using the Chi-square test. The crude and adjusted Odds Ratio was calculated with confidence intervals of 95% by logistic regression. **RESULTS:** Of the 871 normal births that occurred from 2008 to 2012, the prevalence of water births was 13.66%. Most women who had normal birth were between 20 and 34 years (81.22%) were white (93.11%) had a partner (69.60%), complete higher education (86.93%) were primiparous (69,17%),

with term gestation (69.17%), it performed 6-8 prenatal consultations (43.85%), with no difficulties in pregnancy (87.46%), was admitted in the active phase of labor (57.59%), with full bag (63.79%). There was no association between sociodemographic and obstetric characteristics between hospitalization and righted. **CONCLUSION:** the prevalence of water births has been increasing from 2010. The sociodemographic and obstetric characteristics are not associated with the final study outcomes, being redressed that women with health insurance or pay conditions for their assistance have greater opportunity to water birth in Florianópolis/SC.

Descriptors: Natural Childbirth, Humanizing Delivery, Supplemental Health, Evidence-Based Practice.

PARTO EN EL AGUA EN UNA MATERNIDAD DEL SECTOR SUPLEMENTAR DE SALUD DE LA GRANDE FLORIANÓPOLIS – SC

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir la prevalencia de los partos en el agua en una maternidad del Sector Suplementar de Salud, en relación al número de nacimientos y estimar la asociación entre las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres en la internación con el parto en el agua y fuera de ella. **MÉTODO:** Estudio transversal realizado en un hospital y maternidad del Sector Suplementar de Salud de la Grande Florianópolis/SC. La muestra fue compuesta por todas las mujeres que tuvieron parto normal (973), de junio/2007 a mayo 2013. Los datos fueron recolectados en el libro de registros de nacimientos y en los expedientes de enero a julio/2013, por medio de un formulario. El análisis fue realizado en el Software Stata SE 9.0 utilizando estadística descriptiva y bivariada. Fueron estimadas las prevalencias y testadas las asociaciones entre las variables por medio del teste de Chi Cuadrado. Se calculó el Odds Ratio bruto y ajustado con intervalos de confianza de 95% por medio de regresión logística. **RESULTADOS:** de los 871 partos normales ocurridos de 2008 a 2012, la prevalencia de los partos en el agua fue de 13,66%. La mayoría de las mujeres que tuvo parto normal tenían entre 20 y 34 años (81,22%), era de color blanco

(93,11%), tenía pareja (69,60%), enseñanza superior completa (86,93%), era primípara (69,17), con gestación a término (69,17%), realizó de 6 a 8 consultas en el control prenatal (43,85%), sin dificultades en la gestación (87,46%), fue internada en la fase activa del trabajo de parto (57,59%), con bolsa íntegra (63,79%). No hubo asociación entre las características sociodemográficas y obstétricas entre la internación y el desfecho. **CONCLUSION:** La prevalencia de los partos en el agua viene aumentando a partir de 2010. Las características sociodemográficas y obstétricas en la internación no están asociadas con el desfecho estudiado siendo que las mujeres con seguro de salud o con condiciones de pagar directamente por su asistencia tienen mayor oportunidad al parto en el agua en Florianópolis/SC.

Palavras-chave: Parto Normal, Parto Humanizado, Saúde suplementar, Prática Clínica Baseada em Evidências.

INTRODUÇÃO

A utilização da água durante o trabalho de parto e o parto não é algo novo, há registros e lendas do seu emprego em muitas civilizações (ODENT, 2004). A documentação do primeiro parto na água tem registro já em 1803, na França (CHURCH, 1989), porém esta modalidade de parto passou a ser mais utilizada somente a partir da década de 1980, quando Michel Odent introduziu uma banheira em uma maternidade para que as parturientes pudessem usar o banho de aspersão ou de imersão e, assim, ter um parto mais fácil e com menos uso de drogas (ODENT, 2004).

Existem inúmeras pesquisas internacionais sobre o parto na água, que apresentam os resultados maternos e neonatais (YOUNG, KRUSKE, 2013; CLUETT; BURNS, 2012; MENAKAYA *et al.*, 2013), mostrando que o parto na água é atendido em maternidades (MEYER *et al.*, 2010), em casas de parto (DAHLEN *et al.*, 2013) e no domicílio, sendo a maioria deles atendido por parteiras (MEYER, 2010). Na Austrália, as mulheres podem optar em parir na água nesses três ambientes, tanto no setor público como no privado; entretanto, no setor privado, elas são atendidas somente por médico (THOMPSON; WOICIESZEK, 2012).

A revisão sistemática, publicada na Biblioteca Cochrane, analisou 12 ensaios clínicos randomizados, que avaliaram a imersão na água durante o trabalho de parto e parto, envolvendo 3.243 mulheres. Essa revisão apontou que a imersão na água durante a primeira fase do trabalho de parto reduz a necessidade do uso de analgesia, assim como diminui a percepção de dor nesse período e também no expulsivo. Além disso, não aumenta a duração do trabalho de parto, o número de parto vaginal operatório ou cesariana, o índice de Apgar do 5º minuto < 7 , a internação do recém-nascido (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a infecção neonatal. No entanto, essa revisão traz poucas informações sobre o desfecho da segunda fase do trabalho de parto, ou seja, o período expulsivo, e sugere mais estudos sobre essa fase (CLUETT; BURNS, 2012).

Na realidade brasileira, não se sabe ao certo quais instituições de saúde oferecem à mulher a possibilidade de parir na água; qual o número de nascimentos nessa modalidade de assistência; e quais os resultados maternos e neonatais. As publicações sobre o tema apresentam a frequência dos partos na água de alguns Centros de Parto Normal (CPN), nos quais o percentual está entre 10 e 15,3% (AZEVEDO, 2008; PEREIRA, 2007; COSTA, 2007); e no domicílio, sendo que, nesse local, o percentual chega a 72,0% dos partos normais (KOETTKER *et al.*, 2012).

Em 2004, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu diversas regulamentações assistenciais, entre elas o incentivo ao parto normal. No ano de 2008, publicou o projeto “Parto Normal está no meu Plano”, visando reduzir a morbimortalidade materna e neonatal; informar a população sobre os riscos relacionados às cesarianas desnecessárias e sobre os benefícios do parto normal. Também previa a implantação da atenção ao parto e ao nascimento, baseada em evidências científicas; mudança do modelo de atenção obstétrica, com foco na mulher e pautado na qualidade, multidisciplinaridade e na integralidade das ações (ANS, 2009). No entanto, não faz referência à assistência ao parto na água.

No setor público de saúde, embora não haja um estímulo explícito ao atendimento do parto na água, existe o incentivo, por meio da estratégia do Ministério da Saúde - Rede Cegonha, para a implantação de CPN nas diversas regiões do país. A portaria

que regulamenta esse local de assistência prevê a instalação de banheira, que pode ser utilizada para assistir o parto na água (BRASIL, 2011).

Diante desse contexto brasileiro, em que não existem muitas publicações abordando o parto na água, considera-se relevante ampliar o conhecimento sobre essa modalidade de assistência, uma vez que a mulher tem o direito de escolher o local do parto, após receber informações sobre ele, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), e, da mesma forma, toda mulher saudável, com gestação a termo deve ter a opção de parir na água (RCOG; RCM, 2006). Assim, os objetivos deste estudo consistem em descrever a prevalência dos partos na água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde, em relação ao número de nascimentos no período de 2008 a 2012, e estimar a associação entre as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres na internação com o parto na água e fora dela.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal. O cenário foi um hospital e maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis/SC. Esta instituição conta com uma maternidade em suas dependências desde junho de 2007, na qual disponibiliza a assistência ao parto na água desde a sua inauguração. A média mensal de nascimentos, em 2012, foi de aproximadamente 90, sendo em torno de 20% de partos normais. Esta maternidade foi escolhida, por ter sido identificada, no início deste estudo, como a única instituição a oferecer o parto na água na Grande Florianópolis.

Para descrever a prevalência dos partos na água em relação ao número de nascimentos, a amostra foi composta por todas as mulheres que tiveram parto normal (871), no período de 2008 a 2012. Para caracterização das mulheres, foram incluídas as que tiveram parto normal, com RN a termo, apresentação cefálica e gestação única (973), desde a abertura da maternidade, em junho de 2007, até o término da coleta de dados, em maio de 2013. Os dados foram coletados no livro de registro de nascimento e nos prontuários das mulheres que tiveram parto normal, aqueles disponíveis no setor de arquivo da instituição.

A coleta de dados foi realizada de janeiro a julho de 2013, por meio de um formulário. As variáveis classificadas como independentes foram as sociodemográficas: faixa etária (13-19 anos; 20-34 anos; 35 anos ou mais), cor da pele (branca; negra/parda/amarela), estado marital (com companheiro; sem companheiro), escolaridade (Ensino fundamental completo; Ensino médio completo; Ensino superior completo), trabalho remunerado (sim; não), profissional médico que atendeu o parto (pré-natalista; plantonista), e financiamento do parto (pago por convênio de saúde; pago sem convênio de saúde/particular). E as obstétricas na internação: paridade (primípara, múltipara), idade gestacional (37-40 semanas, 40,1-42,2 semanas), consultas de pré-natal (<6 consultas, 6-8 consultas, 9-11 consultas, >11 consultas), intercorrências na gestação (Doença Hipertensiva Específica da Gestação - DHEG/ Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Infecção do Trato Urinário - ITU/Pielonefrite, Hipotireoidismo, Diabetes Mellitus - DM/ Diabetes Mellitus Gestacional - DMG, outras, sem intercorrências), batimento cardíaco fetal (BCF) na internação (sem alteração, com alteração), dinâmica uterina na internação (presente, ausente), fase do trabalho de parto na internação (fase latente, fase ativa e período expulsivo), estado das membranas na internação (íntegras, rotas), cor do líquido amniótico na internação (claro, meconial). A variável de desfecho foi o local de parto (na água, fora da água).

Os dados foram codificados e digitados no programa EPI INFO 7 (7.1.0.6) – versão 2012, a partir do formulário padronizado. Foi realizada a revisão e correção da base de dados para posterior análise. Para leitura do banco de dados e análise estatística foi utilizado o Software Stata SE 9.0. Foi realizada estatística descritiva (frequências relativa e absoluta), bivariada e múltipla. Foram estimadas as prevalências e testada a associação entre as diversas variáveis e o parto na água através do teste qui-quadrado. Foram calculadas as razões de chance (Odds Ratio) brutas e ajustadas e os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%) por meio de regressão logística. A análise ajustada foi realizada por blocos, das variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$. No primeiro bloco, foram incluídas as variáveis sociodemográficas; e no segundo, as características obstétricas na internação. O ajuste foi

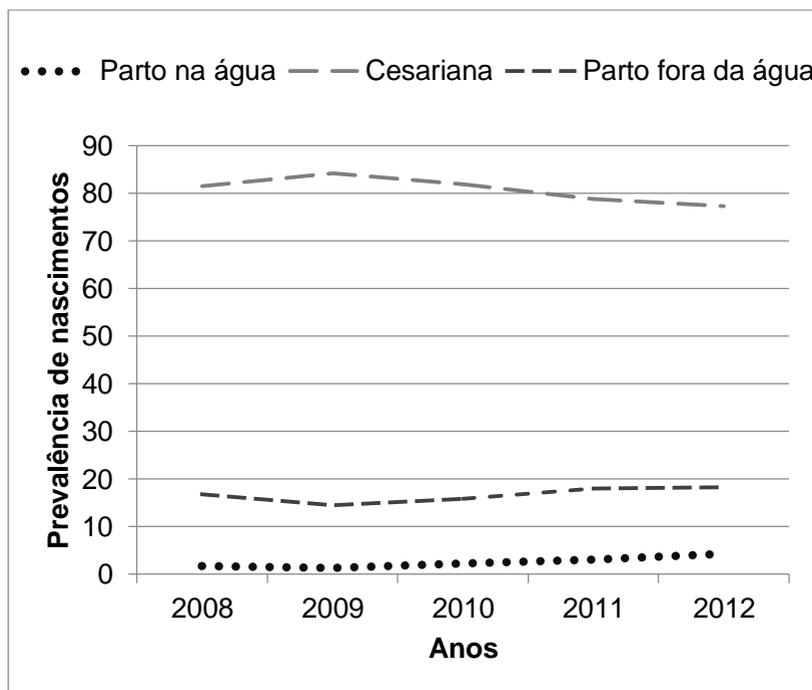
realizado por paridade e faixa etária. Permaneceram no modelo ajustado as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil (CAAE 11681212.6.0000.0121) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, através do número 207.310, de 18/02/2013. Atende as Portarias nº 196/96 e nº 466/12, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos. Para a autorização da utilização dos dados das mulheres que fizeram parte da amostra e seus RN, foi realizada uma busca ativa por meio de contato telefônico para obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi, posteriormente, encaminhado por e-mail.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2012, ocorreram 4.463 nascimentos, sendo 871 (19,52%) partos vaginais e 3.592 (80,48%) cesarianas. Constata-se que, a taxa de cesarianas é bastante elevada em relação ao parto vaginal, chegando a 84,28% em 2009. Contudo, observa-se uma diminuição das cesarianas a partir de 2010, atingindo 77,39% em 2012 (Figura 1). A prevalência dos partos vaginais fora da água foi de 86,34% e na água foi de 13,66%. A partir de 2010, a prevalência do parto na água aumentou, atingindo o maior percentual em 2012 (18,97%) (Tabela 1).

Figura 1 – Distribuição da prevalência dos partos normais na água, fora dela e das cesarianas em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis, 2008 a 2012 (N=4.463)



Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 1 – Distribuição da prevalência dos partos normais, na água e fora dela, em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis/SC, 2008 a 2012 (N=871)

Parto	Anos					Total n (%)
	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	
Na água	12 (9,16)	10 (8,06)	19 (12,34)	30 (14,35)	48 (18,97)	119 (13,66)
Fora da água	119 (90,84)	114 (91,94)	135 (87,66)	179 (85,65)	205 (81,03)	752 (86,34)
Total	131 (100,00)	124 (100,00)	154 (100,00)	209 (100,00)	253 (100,00)	871 (100,00)

Na tabela 2, são apresentadas as características sociodemográficas das mulheres que tiveram parto normal na água e fora dela (973). A maioria estava na faixa etária entre 20 e 34 anos (81,22%); era de cor branca (93,11%); possuía companheiro (69,60%); tinha concluído o ensino superior (86,93%); exercia trabalho remunerado (87,05%); foi assistida pelo plantonista da instituição (78,34%) e o parto foi financiado pelo convênio de saúde (86,13%). Ao comparar essas características entre os dois grupos (parto na água e fora da água), as mulheres com trabalho remunerado apresentaram chance quase duas vezes maior de ter parto na água (OR 1,89 - IC95% 1,01;3,53). Entretanto, no modelo ajustado, nenhuma das variáveis analisadas (trabalho remunerado, profissional médico que atendeu o parto e financiamento do parto) se manteve associada.

Tabela 2 – Associação entre as características sociodemográficas das mulheres e o parto na água e fora dela em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis, 2013 (N=973)

	Local do Parto			Valor de p	OR (IC95%)	Oraj (IC95%)
	Total N(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)			
Faixa etária (n=964)*						
13-19 anos	13 (1,35)	1 (7,69)	12 (92,31)	0,625	0,45(0,05;3,50)	
20-34 anos	783 (81,22)	122 (15,58)	661 (84,42)		(Ref.)	
35 anos ou mais	168 (17,43)	29 (17,26)	139 (82,74)		1,13(0,72;1,76)	
Cor da pele (n=973)**						
Branca	906 (93,11)	141 (15,56)	765 (84,44)	0,611	(Ref.)	
Negra/Parda/Amarela	67 (6,89)	12 (17,91)	55 (82,09)		1,18(0,61;2,26)	
Estado marital (n=967)**						
Com companheiro	673 (69,60)	112 (16,64)	561 (83,36)	0,233	(Ref.)	
Sem companheiro	294 (30,40)	40 (13,60)	254 (86,40)		0,78(0,53;1,16)	
Escolaridade (n=972)**						
Ensino Fundamental Completo	13 (1,34)	1 (7,69)	12 (92,31)	0,617	(Ref.)	
Ensino Médio Completo	114 (11,73)	16 (14,04)	98 (85,96)		1,95(0,23;16,11)	
Ensino Superior Completo	845 (86,93)	136 (16,09)	709 (83,91)		2,30(0,29;17,84)	
Trabalho remunerado (n=973)**						
Não	126 (12,95)	12 (9,52)	114 (90,48)	0,040	(Ref.)	(Ref.)
Sim	847 (87,05)	141 (16,65)	706 (83,35)		1,89(1,01;3,53)	2,25(0,83;6,08)
Profissional médico que atendeu o parto (n=554)***						
Pré-natalista	120 (21,66)	17 (14,17)	103 (85,83)	0,118	(Ref.)	(Ref.)
Plantonista	434 (78,34)	89 (20,51)	345 (79,49)		1,56(0,88;2,74)	1,49(0,82;2,70)

	Local do Parto			Valor de p	OR (IC95%)	Continuação
	Total N(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)			Oraj (IC95%)
Financiamento do parto (n=973)***						
Pago sem convênio de saúde/Particular	135 (13,87)	15 (11,11)	120 (88,89)	0,113	(Ref.)	(Ref.)
Pago por convênio de saúde	838 (86,13)	138 (16,47)	700 (83,53)		1,57(0,89;2,78)	1,06(0,52;2,15)

Ajustado por: *Paridade, Faixa Etária.

Ao se observar as características obstétricas, percebe-se que os grupos são muito semelhantes (Tabela 3). A maioria das mulheres era primípara (69,17%), sendo que 101 pariram na água e 572 fora dela; apresentou idade gestacional entre 37 semanas e 40 semanas (69,50%); realizou de 6 a 8 consultas de pré-natal (43,85%); não apresentou intercorrências na gestação (87,46%). No momento da internação, apresentava BCF sem alteração (91,58%), estava na fase ativa do trabalho de parto (57,59%), apresentando, assim, dinâmica uterina (91,69%). A bolsa amniótica estava íntegra (63,79%) e, quando com bolsa rota, a maioria apresentava líquido amniótico claro (95,57%). Na análise bivariada e multivariada, nenhuma das variáveis esteve associada ao desfecho.

Tabela 3 – Associação entre as características obstétricas das mulheres na internação e o parto na água e fora dela, em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis, 2013 (N=973)

	Local de Parto					
	Total N(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)	Valor de p	OR (IC95%)	ORaj (IC95%)
Paridade (n=973)*						
Primípara	673 (69,17)	101 (15,01)	572 (84,99)	0,357	(Ref.)	
Múltipara	300 (30,83)	52 (17,33)	248 (82,67)		1,18(0,82;1,71)	
Idade gestacional (n=941)**						
37,00 - 40,00	654 (69,50)	103 (15,75)	551 (84,25)	0,809	(Ref.)	
40,01 - 42,02	287 (30,50)	47 (16,38)	240 (83,62)		1,04(0,71;1,52)	
Número de consultas de pré-natal (n=903)**						
< 6 consultas	71 (7,86)	10 (14,08)	61 (85,92)	0,681	(Ref.)	
6–8 consultas	396 (43,85)	62 (15,66)	334 (84,34)		1,13(0,55;2,32)	
9–11 consultas	375 (41,53)	67 (17,87)	308 (82,13)		1,32(0,64;2,72)	
>11 consultas	61 (6,76)	8 (13,11)	53 (86,89)		0,92(0,33;2,50)	
Intercorrências na gestação (n=973)**						
Sem intercorrências	851 (87,46)	129 (15,16)	722 (84,84)	0,363	(Ref.)	
DHEG/HAS	15 (1,54)	4 (26,67)	11 (73,33)		2,03(0,63;6,48)	
ITU/Pielonefrite	10 (1,03)	2 (20,00)	8 (80,00)		1,59(0,63;4,03)	
Hipotireoidismo	26 (2,67)	2 (07,69)	24 (92,31)		0,46(0,10;1,99)	
DM/DMG	27 (2,77)	6 (22,22)	21 (77,78)		1,39(0,29;6,66)	
Outras	44 (4,52)	10 (22,73)	34 (77,27)		1,64(0,79;3,41)	
BCF na internação (n=926)***						
Sem alteração	848 (91,58)	135 (15,92)	713 (84,08)	0,901	(Ref.)	
Com alteração	78 (8,42)	12 (15,38)	66 (84,62)		0,96(0,50;1,82)	

	Local de Parto				Continuação	
	Total N(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)	Valor de p	OR (IC95%)	ORaj (IC95%)
Dinâmica uterina na internação (n=915)****						
Presente	839 (91,69)	136 (16,21)	703 (83,79)	0,693	(Ref.)	
Ausente	76 (8,31)	11 (14,47)	65 (85,53)		0,87(0,44;1,70)	
Fase do trabalho de parto na internação (n=936)*****						
Fase latente	382 (40,81)	50 (13,09)	332 (86,91)	0,195	(Ref.)	(Ref.)
Fase ativa	539 (57,59)	94 (17,44)	445 (82,56)		1,40(0,96;2,03)	0,91(0,41;2,03)
Período expulsivo	15 (1,60)	2 (13,33)	13 (86,67)		1,02(0,22;4,66)	2,73(0,20;36,41)
Estado das membranas na internação (n=928)****						
Integras	592 (63,79)	86 (14,53)	506 (85,47)	0,146	(Ref.)	
Rotas	336 (36,21)	61 (18,15)	275 (81,85)		1,30(0,91;1,86)	
Cor do líquido amniótico na internação (n=271)*****						
Claro	259 (95,57)	43 (16,60)	216 (83,40)	0,995	(Ref.)	(Ref.)
Meconial	12 (4,43)	2 (16,67)	10 (83,33)		1,00(0,21;4,74)	0,35(0,03;3,21)

Ajustado por: *Paridade, Faixa etária.

DISCUSSÃO

O parto na água vem sendo estudado há mais de 30 anos, porém apenas em 2007 essa modalidade de assistência passou a ser oferecida em uma instituição na Grande Florianópolis/SC. Em 2012, atingiu cerca de 20% dos partos normais, percentual que veio crescendo desde 2010. A partir desse ano, os índices do parto na água da maternidade estudada são superiores aos encontrados em alguns CPN no Brasil, que também disponibilizam essa modalidade de nascimento, estando em torno de 10% e 15,3% (AZEVEDO, 2008; PEREIRA, 2007; COSTA, 2007).

Em pesquisas internacionais, a prevalência de parto na água é de até 13% (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006; SCHRÖCKSNADDEL *et al.*, 2003), contudo, estudo realizado na Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, em 2012, apresenta prevalência bem acima dos demais, atingindo 55,7% (BURNS *et al.*, 2012). Vale ressaltar que os resultados sobre parto na água são decorrentes de pesquisas realizadas, principalmente, em países ocidentais, como o Reino Unido, Alemanha, Suíça e Áustria, onde essa modalidade de assistência é mais frequente (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006).

As parturientes no Reino Unido têm amplo acesso ao parto na água em instituições de saúde. Em 2007, cerca de 95% das maternidades possuíam banheira. Além disso, esse tipo de atenção também é disponibilizada no domicílio (BURNS *et al.*, 2012). Essa realidade é semelhante a da Austrália, na qual as gestantes podem ser assistidas na água em maternidades, centros de parto ou no domicílio (THOMPSON; WOJCIESZEK, 2012). Na Grande Florianópolis, apenas a instituição de saúde estudada, que pertence ao Setor Suplementar, disponibiliza este tipo de assistência, ou seja, apenas as mulheres com convênio de saúde ou com recursos próprios têm possibilidade de parirem na água. Pode-se inferir que existe uma desigualdade social ao acesso ao parto na água. O Sistema Único Saúde estabelece, entre seus princípios e suas diretrizes, a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990, p. 18.056). Neste caso, observa-se que esse princípio não está sendo respeitado e cumprido, pois as mulheres assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS) não têm a opção de parir na água na Grande Florianópolis.

A taxa de cesarianas na instituição em estudo é elevada, atingiu 81,97% dos nascimentos em 2010, percentual que acompanha a realidade brasileira do Sistema Suplementar de Saúde, porém está acima da média nacional, que, no mesmo ano, foi de 52% (BRASIL, 2012a). A forma de nascimento no Brasil tem assumido um caminho cada vez mais destoante das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez que a taxa de cesarianas não deve ultrapassar 15% (LAUER, *et al.*, 2010).

Estudo transversal, realizado no estado de São Paulo, com 156 gestantes de classe média de clínica privada, que objetivou conhecer a preferência das mesmas pela cesariana durante o pré-natal, obteve como resultado que, cerca de, 43,0% das gestantes preferiam essa modalidade de nascimento (FAISAL-CURLY; MENEZES, 2006). Outro estudo, que abordou a preferência das mulheres quanto às vias de nascimento e formas de parto, apresenta uma discordância entre o que os médicos declaram como desejo das mulheres, e o que as próprias mulheres almejam. Das mulheres que já experienciaram as duas vias de nascimento, 90% desejam ter parto normal, crença que é discordante da dos profissionais que vão assistir o parto delas (FAÚNDES *et al.*, 2004).

Outra consequência de não haver parto na água no setor público da Grande Florianópolis é que acadêmicos e profissionais de saúde, durante a sua formação, não estão tendo oportunidade de experienciar esse tipo de atenção ao parto, uma vez que nenhuma maternidade-escola na Grande Florianópolis, que são do setor público, assiste o parto na água, dificultando a ampliação dessa prática. É essencial que os profissionais que assistem o parto na água sejam treinados e tenham experiência nessa modalidade, e que saibam manejar intercorrências, caso elas aconteçam (YOUNG; KRUSKE, 2013).

As características sociodemográficas das mulheres que tiveram parto normal na água e fora dela são bastante homogêneas, sendo que nenhuma delas manteve-se associada ao desfecho estudado. Como se trata de uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde, como o esperado, são mulheres com elevada escolaridade, que possuem fonte de renda própria e com acesso ao pré-natal. Elas podem usufruir do convênio de saúde para ter acesso à assistência ao parto na água, inclusive com o médico plantonista.

As características das mulheres que optaram em parir na água são semelhantes às apresentadas em estudos realizados em outros países, nos quais a maioria das mulheres estava em idade reprodutiva, entre 21 e 34 anos (DEMIREL *et al.*, 2013; MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012; ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006; WOODWARD; KELLY, 2004), era de cor branca (WOODWARD; KELLY, 2004) e possuía companheiro (CLUET *et al.*, 2004). Contudo, ao se comparar com as características das mulheres que pariram na Grande Florianópolis/SC em 2011, onde, a maioria, não possuía companheiro, havia estudado de 8 a 11 anos e 20% eram adolescentes, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2011) é notório que as mulheres que têm acesso e optam pelo parto na água pertencem a um grupo diferenciado.

Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, que descreveu as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas de puérperas em duas unidades do Setor de Saúde suplementar, independentes da via de parto, aponta que a maioria das mulheres era primípara, entre 20 e 34 anos, com ensino médio completo e incompleto, com companheiro, era de cor parda e negra e com ocupação remunerada (DIAS, *et al.*, 2008). Ao comparar essa realidade com a do presente estudo, observa-se que a cor da pele e a escolaridade da maioria das mulheres são diferentes, o que, provavelmente, está relacionado à região do país onde os estudos foram realizados.

As características obstétricas das mulheres que pariram na água e fora dela foram semelhantes, resultado que pode ter sido decorrente da ausência de um protocolo que indique critérios de inclusão e exclusão para as mulheres serem assistidas na água. Na análise multivariada, nenhuma das variáveis obstétricas apresentou associação com o desfecho, ou seja, não foram preditoras para a mulher parir na água ou fora dela. Dessa forma, pode-se inferir que essa modalidade de parto poderia estar disponível para todas as mulheres, independente da paridade e faixa etária. Chama a atenção o fato de que a maior parte das mulheres está na idade reprodutiva recomendada, com risco habitual, vivenciando seu primeiro parto, sendo admitidas na instituição na fase ativa do trabalho de parto. É perceptível, também, que a maioria delas, fiz sete ou mais consultas de pré-natal, estando acima do recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012).

Quanto à paridade, observou-se que as primíparas são as que mais têm filhos na água, embora sem diferença estatística significativa quando comparadas com as múltiparas. Esse resultado é semelhante ao da pesquisa realizada na Suíça (ZANETTI-DÄLLENBACH, *et al.*, 2006). Contudo, diverge de vários estudos sobre essa temática (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012; DEMIREL *et al.*, 2013; MENAKAYA *et al.*, 2013) em que a maioria das mulheres que pariram na água eram múltiparas. A busca pelo parto na água pelas múltiparas pode ser incentivada por experiências negativas de partos anteriores (ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006). As mulheres, quando buscam o parto na água, procuram uma forma de relaxar, de conforto e de evitar intervenções indesejadas, acreditam ser uma forma de nascimento mais natural (MAUDE; FOUREUR, 2007).

A maioria das mulheres não teve nenhuma doença na gestação. No entanto, para a minoria que teve diabetes, hipertensão, infecção urinária ou a idade gestacional pré-termo, não impossibilitaram o parto na água, uma vez que não há um protocolo, na instituição estudada, que exclua essas gestantes. Diversos protocolos internacionais descrevem a prática do parto na água, trazendo as indicações e contra-indicações (SIM, 2011; WESTERN AUSTRALIA, 2009; RCOG, RCM, 2006; RCM, 2005). Observa-se que entre as mulheres com indicação para o parto na água estão as de risco habitual, sem fatores de risco intraparto (RCOG; RCM, 2006; WESTERN AUSTRALIA, 2009) e com fetos a termo (RCM, 2005; WESTERN AUSTRALIA, 2009).

Pesquisa que analisou 3.617 partos na água, apenas 32 mulheres tiveram presença de fatores de risco no processo parturitivo, entre eles pré-eclâmpsia e hipertensão na gestação. Os autores defendem que a mulher pode escolher onde deseja parir, independentemente de apresentar algum fator de risco. Entretanto, deve ser garantido que essas mulheres tenham um controle rigoroso da frequência cardíaca intraparto e devem ser orientadas que, caso alguma alteração seja identificada, o parto na água será impossibilitado (GEISSBUEHLER; STEIN; EBERHARD, 2004).

Na maternidade estudada, a maioria das mulheres internou-se com atividade uterina e na fase ativa do trabalho de parto, sendo essas as condições ideais para a internação, uma vez que as evidências científicas demonstram que a admissão precoce na maternidade está associada à maior duração do

trabalho de parto e uso aumentado de ocitocina e analgesia (ESPANHA, 2010). Estudo realizado com 8.818 mulheres nos Estados Unidos comparou os resultados do parto de mulheres que se internaram na fase ativa do trabalho de parto com as que se internaram na fase latente do trabalho de parto, e concluiu que o segundo grupo tem maior associação com uso de ocitocina, analgesia e intubação de neonatos (BAILIT, *et al.*, 2005).

A presença de líquido meconial no momento da internação também não foi impeditivo para que a parturiente fosse assistida na água, no entanto, essa conduta difere de outros países. Um protocolo australiano contraindica o parto na água com a presença de líquido amniótico meconial (WESTERN AUSTRALIA, 2009). Outro protocolo do mesmo país diz que, na presença de mecônio moderado a espesso, o parto na água deve ser interrompido (SIM, 2011). Alguns autores não contraindicam o parto na água nessas condições, mas recomendam que, na presença de alguma alteração no líquido amniótico, o trabalho de parto na água requer um acompanhamento cauteloso, com frequente monitorização cardíaca, podendo ser necessário cessar a assistência na água (GEISSBUEHLER; STEIN; EBERHARD, 2004).

As limitações deste estudo são relacionadas ao fato de que os dados foram coletados de forma retrospectiva, assim, não possuíam registro de algumas variáveis e nem um padrão para a descrição das práticas assistenciais. Além disso, não havia informação de que o parto ocorreu na água tanto no livro de registro de nascimento quanto na estatística do serviço, sendo que foi necessário realizar a busca em todos os prontuários da instituição por essa informação. Com essa falta de informação, o estudo está suscetível a viés de coleta de dados, sendo que alguns prontuários podem não ter sido localizados, e, portanto não foram incluídos no estudo. Também é necessário destacar que, por ter sido realizado em apenas uma instituição hospitalar e com uma amostra reduzida, traz restrições para a generalização dos achados. Apesar de todas essas limitações, devido ao número restrito de publicações brasileiras sobre o parto na água, este estudo contribuiu, sobremaneira, para o conhecimento sobre a temática.

CONCLUSÃO

Na maternidade estudada, que pertence ao Setor Suplementar de Saúde, o atendimento ao parto na água vem aumentando, gradativamente, a partir de 2010, atingindo o maior percentual em 2012. No entanto, a prevalência do parto na água ainda é cerca de apenas 15% dos partos normais.

A maioria das mulheres que buscam o parto na água é de cor branca, possui companheiro, alto grau de escolaridade, trabalho remunerado e grande número de consultas pré-natal. No momento da internação, estão em trabalho de parto ativo e irão vivenciar o seu primeiro parto, sob a assistência do médico plantonista. As características sociodemográficas e obstétricas das mulheres não estão associadas com o parto na água ou fora dela.

Por se tratar de uma instituição do Setor Suplementar de Saúde, somente as mulheres que possuem convênio de saúde ou apresentam condições de realizar o pagamento de sua assistência têm acesso a essa forma de nascimento.

São muitas as lacunas presentes nas evidências científicas sobre a assistência ao parto na água. Assim, mais estudos são necessários para fortalecer essa assistência, pois é direito das mulheres decidirem onde e como desejam parir, independente de sua condição social, idade, escolaridade ou cor da pele.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.

Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 80 p.

AZEVEDO, L.G.F. Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho. 2008. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

BAILIT, J. L., *et al.* Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. **Obstetrics & Gynecology**, v. 105, n. 1, p. 77-79, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº - 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 18/11/2012.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BURNS, E. E., *et al.* Characteristics, Interventions, and Outcomes of Women Who Used a Birthing Pool: A Prospective Observational Study. **BIRTH**, v. 39, n. 3, sep. 2012.

CHURCH, L.K. Waterbirth: one birthing center's observation. **Journal of Nurse-Midwifery**, v. 34, n. 4, p. 165-70. jul/aug. 1989.

CLUETT, E.R., BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **The Cochrane Library**, Issue 06, Art n° CD000111, 2012.

CLUETT, E. R., *et al.* Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. **BMJ**, 2004.

- COSTA, R. F., As práticas educativas na Casa de Parto David Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural. 2007. 72 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.
- DAHLEN, H. G., *et al.* Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. **Midwifery**, v. 29, p. 759–764, 2013.
- DEMIREL, G. *et al.* The effects of water birth on neonatal outcomes: a five-year result of a referral tertiary centre. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v. 17, p. 1395-1398, 2013.
- DIAS, A. B. D., *et al.* Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.
- ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal**. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2011. 315 p.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226-32, 2006.
- FAÚNDES, A. *et al.* Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 488-94, 2004.
- GEISSBUEHLER V.; STEIN, S.; EBERHARD, J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. **J. Perinat. Med.** v. 32, p. 308–314, 2004.
- KOETTKER, J. G. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, v.46, n. 4, p. 747-50. 2012.

LAUER, J.A.; *et al.* Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control. **World Health Report**, Background Paper, n° 29, 2010.

MAUDE, R.M.; FOUREUR, M.J. It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. **Women and Birth**. v. 20, n. 1, p. 17-24, 2007.

MENAKAYA, U. *et al.* A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. **Women Birth**, 2013.

MEYER, S.L.; WEIBLE, C.M.; WOEBER, K. Perceptions and Practice of Waterbirth: A Survey of Georgia Midwives. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 55, n. 1, p. 55-59, 2010.

MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.* The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. **J Turkish-German Gynecol Assoc**, v. 13, p. 45-9, 2012.

ODENT, M. **Água e sexualidade**. São José: Saint Germain, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade Segura - Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasil, 1996.

PEREIRA, A.L.F. O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci. 2007. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). **Position Paper No 1a - THE USE OF WATER IN LABOUR AND BIRTH**. Royal College of Midwives, London: 2005, p. 1-5.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG)/ ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). **Joint statement No.1. IMMERSION IN**

WATER DURING LABOUR AND BIRTH. RCOG and RCM, London: 2006, p. 1-5.

SCHROCKSNADEL, H. *et al.* Water Birth: experience at a university clinic and a district hospital in Austria. **Gynakol Geburtshilfliche Rundsch.** v. 43, n. 1, p. 7-11, jan. 2003.

SIM, J. **Water Immersion During Labour and Birth (Practice Guidelines) – NSCCAHS.** Division of Women, Children's and Family Health. Austrália: Northern Sydney Central Coast Health, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>> Acesso em: 07 nov. 2013.

THOMPSON, R.; WOJCIESZEK, A. M. Delivering information: A descriptive study of Australian women's information needs for decision-making about birth facility. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, n. 51, p. 2-10, 2012.

WESTERN AUSTRALIA. WA Water Birth Clinical Guidelines. Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia; 2009.

WOODWARD, J.; KELLY, S. M. A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth **BJOG:** an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 111, p. 537-545, jun. 2004.

YOUNG, K., KRUSKE, S. How valid are the common concerns raised against water birth? A focused review of the literature. **Women and Birth**, v. 26, n. 2, p. 105-109, jun. 2013.

ZANETTI-DAELLEBACH, R. A. *et al.* Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study. **Arch Gynecol Obstet**, v. 274, p. 355–365, 2006.

4.2 ARTIGO 2 - RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE MULHERES QUE PARIRAM NA ÁGUA E FORA DELA EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Tânia Regina Scheidt¹
Odaléa Maria Brüggemann²

Correspondência: Tânia Regina Scheidt. Rua Ferreira Lima, 178 – Ap. 1.202. Centro – Florianópolis, Santa Catarina. CEP: 88015-420. E-mail: ainatrs@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: comparar os resultados maternos e neonatais dos partos ocorridos na água e fora dela em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde. **MÉTODO:** estudo transversal, realizado em um Hospital e Maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis/SC. Os dados foram coletados no livro de registro de nascimento e nos prontuários das 973 mulheres que tiveram parto normal e dos seus recém-nascidos, no período de junho/2007 a maio/2013. A análise foi realizada no Software Stata SE 9.0, utilizando estatística descritiva e bivariada. Foram estimadas as prevalências e testadas as associações entre as variáveis do parto na água e fora dela por meio do teste qui-quadrado. Calculou-se o Odds Ratio bruto e ajustado com intervalos de confiança a 95% por meio de regressão logística, de forma individual. A análise ajustada foi realizada, nas variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$. Permaneceram nos modelos ajustados às variáveis com valor de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** as mulheres que pariram na água tiveram maior chance de não usarem ocitocina no trabalho de parto (OR= 0,40 - IC95% 0,24;0,67), de não serem submetidas à

¹ Enfermeira Obstétrica e Neonatologista. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR).

² Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora CNPq. Vice-líder do GRUPESMUR.

analgésia de parto (OR= 0,19 - IC95% 0,12;0,31) e de não serem submetidas à amniotomia (OR=0,25 - IC95% 0,12;0,51). Elas não adotaram a posição horizontal no momento do parto e não foram submetidas à episiotomia. Os neonatos nascidos na água tiveram maior chance de não serem submetidos à aspiração das vias aéreas superiores (OR=1,73 - IC95% 1,01;2,95), não apresentarem diferença nos escores de Apgar e na taxa de internação em terapia intensiva em relação aos nascidos fora dela. **CONCLUSÃO:** parto na água é uma alternativa para a mulher ter um parto com menos intervenções para ela e seu filho. Além disso, não está associado a nenhum prejuízo ao bem-estar do recém-nascido.

Descritores: Parto Normal, Parto Humanizado, Saúde Suplementar, Prática Clínica Baseada em Evidências.

WATER AND OUT OF IT IN A MATERNITY OF THE SUPPLEMENTAL HEALTH SECTOR IN FLORIANÓPOLIS

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the maternal and neonatal outcomes of births occurred in the water and out of it in a maternity of the Supplemental Health Sector. **METHODS:** A cross-sectional study was developed in a Maternity Hospital of Florianópolis/SC. Data were collected in books of birth registration and records of 973 women who had normal birth and their newborn from January to July 2013. The analysis was performed in the Stata SE 9.0 software, using descriptive and bivariate statistics. Prevalence were estimated and tested the associations between the variables of water birth and out of it through the Chi-squared test. The reasons of chance (odds ratio) with a crude and adjusted confidence interval of 95% were calculated by the logistical regression. The adjusted analysis was performed on variables with $p < 0.20$. We kept subsequent models and variables with $p < 0.05$. **RESULTS:** Women who gave birth in the water were more likely to not use oxytocin in labor (OR= 0,40 - CI95% 0,24;0,67), not to be subjected to analgesic delivery (OR= 0,19 - CI95% 0,12;0,31) and not be subject to amniotomy (OR=0,25 - CI95% 0,12;0,51). These women did not adopt the horizontal position at the time of delivery and were not subjected to episiotomies. New

born in water had higher chance not to be subjected to aspiration of the upper airways (OR=1,73 - CI95% 1,01;2,95), showed no difference in the Apgar score at one and five minutes and the rate of hospitalization in intensive care in relation to children born out of it. **CONCLUSION:** Water birth is an alternative that offers a birth with fewer interventions. Also, is not associated with any prejudice the welfare of the newborn.

Descriptors: Natural Childbirth, Humanizing Delivery, Supplemental Health, Evidence-Based Practice.

RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES DE MUJERES QUE PARIERON EN EL AGUA Y FUERA DE ELLA EN UNA MATERNIDAD DEL SECTOR SUPLEMENTAR DE SALUD EN FLORIANÓPOLIS

RESUMEN

OBJETIVO: comparar los resultados maternos y neonatales de los partos ocurridos en el agua y fuera de ella en una maternidad del Sector Suplementar de Salud. **MÉTODO:** Estudio transversal, realizado en un Hospital y Maternidad del Sector Suplementar de Salud de la Grande Florianópolis/SC. Los datos fueron recolectados en el libro de registro de nacimiento y en los expedientes de las 973 mujeres que tuvieron parto normal y de sus recién nacidos, en el período de junio/2007 a mayo/2013. El análisis fue realizado en el software Stata SE 9.0, utilizando estadística descriptiva y bivariada. Fueron estimadas las prevalencias y testadas las asociaciones entre las variables del parto en el agua y fuera de ella por medio del test Chi-cuadrado. Se calculó el Odds Ratio bruto y ajustado con intervalos de confianza de 95% por medio de regresión logística, de forma individual. El análisis ajustado fue realizada en las variables que presentaron valor de $p < 0,20$. Permanecieron en los modelos ajustados las variables con valor de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Las mujeres que tuvieron el parto en el agua tuvieron mayor probabilidad de no usar oxitocina en el trabajo de parto (OR= 0,40 - IC95% 0,24;0,67), de no ser sometidas a analgésicos de parto (OR= 0,19 - IC95% 0,12;0,31) y de no ser sometidas a amniotomía (OR=0,25 - IC95% 0,12;0,51). Ellas no adoptaron la posición horizontal en el momento del parto y no fueron

sometidas a episiotomías. Los neonatos nascidos en el agua tuvieron mayores chance a no ser sometidos a la aspiración de las vías aéreas superiores (OR=1,73 - IC95% 1,01;2,95), no presentaron diferencia en los resultados del Apgar y en la tasa de internación en terapia intensiva con relación a los nacidos fuera de ella. **CONCLUSION:** El parto en el agua es una alternativa que ofrece a las mujeres tener un parto con menos intervenciones para ella y su hijo. Además, no está asociado con ningún prejuicio al bienestar del recién nacido.

Palavras-chave: Parto Normal, Parto Humanizado, Saúde suplementar, Prática Clínica Baseada em Evidências.

INTRODUÇÃO

O parto na água foi popularizado a partir da década de 80, quando Michel Odent publicou um artigo com os resultados obtidos a partir do acompanhamento de 100 mulheres que fizeram seu parto nessa modalidade de atendimento em uma maternidade na França. Nessa instituição, o banho de imersão era oferecido a todas as mulheres, mas especialmente àquelas que possuíam fortes dores lombares e parada de progressão da dilatação. A água era mantida em torno de 37°C e, rapidamente, a dilatação progredia. Odent observou que a água ajudava as parturientes a chegarem a certo estado de consciência em que elas se tornavam indiferentes à realidade. Nesse estudo, o autor não apontou nenhum risco associado ao trabalho de parto e parto na água, e concluiu que ele é uma forma eficiente, fácil e econômica de reduzir o uso de drogas e de intervenções durante o processo do nascimento (ODENT, 1983).

A partir de então, diversos estudos foram realizados sobre a temática, trazendo como resultados a redução do uso de analgesia (OTIGBAH *et al.*, 2000; GEISSBÜHLER; EBERHARD, 2000; CLUETT; BURNS, 2012), de episiotomia (OTIGBAH *et al.*, 2000), da duração da primeira fase do trabalho de parto (CLUETT; BURNS, 2012), e evidenciando maior satisfação materna com a experiência (GEISSBÜHLER; EBERHARD, 2000; RICHMOND, 2003). Não existe um consenso com relação à integridade perineal; alguns autores referem que o parto na água causa um aumento de lacerações perineais (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012; CORTES *et al.*, 2011;

OTIGBAH *et al.*, 2000), outros apontam que há uma maior manutenção da integridade perineal (GEISSBÜHLER, EBERHARD, 2000; GEISSBUEHLER *et al.*, 2004; RIQUET, 2012).

Quanto aos resultados neonatais, não são apontadas diferenças significativas no escore de Apgar, na taxa de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e infecção neonatal entre os partos na água e fora dela (ZANETTI-DAELLENBACH *et al.*, 2007). A revisão sistemática, publicada na Biblioteca *Cochrane*, aponta que não há evidências suficientes do aumento de desfechos adversos maternos e neonatais, assim, mais pesquisas são necessárias (CLUETT; BURNS, 2012).

Apesar dos resultados positivos, tanto maternos quanto neonatais dos partos assistidos na água (GEISSBÜHLER; EBERHARD, 2000), estudo de revisão sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre essa assistência mostra que as principais preocupações são a aspiração da água pelo recém-nascido, infecção e termorregulação materna e neonatal, falta de capacitação dos profissionais para o atendimento dessa modalidade de parto e sua atuação em caso de emergência materna. No entanto, os autores concluem que os anseios contra o parto na água, não são baseados em evidências e que não devem ser impeditivos para que as mulheres utilizem a água durante o trabalho de parto e nascimento (YOUNG; KRUSKE, 2013).

No Brasil, os estudos sobre o uso da água na assistência ao parto são pontuais e se restringem a citar a prevalência desse tipo de parto em algumas instituições (AZEVEDO, 2008; PEREIRA, 2007; COSTA, 2007) e a revisar resultados de pesquisas internacionais (FELICE; RUIZ; SOLER, 2008). Além desses, um ensaio clínico randomizado avaliou o efeito da água sobre a magnitude da dor durante a primeira fase do trabalho de parto, comparando o escore de dor de 54 mulheres submetidas ao banho de imersão durante o trabalho de parto (grupo de intervenção) com 54 mulheres do grupo controle. Essa pesquisa concluiu que a utilização do banho de imersão é uma forma alternativa de alívio da dor para mulheres durante o trabalho de parto (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009).

O uso da água durante o trabalho de parto e parto é uma modalidade de assistência que requer poucas intervenções. O

seu emprego pode contribuir para a ocorrência de partos mais espontâneos e fisiológicos (BURNS *et al.*, 2012). Além disso, reduz as interferências realizadas durante o processo parturitivo pela equipe de saúde e não traz aumento de efeitos adversos para o feto e para a mulher (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012). Porém, vários são os estudos que sugerem novas pesquisas sobre a temática, para fortalecer e comprovar os benefícios do parto na água (CORTES *et al.*, 2011; CLUETT; BURNS, 2012; RIQUET, 2012; MENAKAYA *et al.*, 2013).

Na Grande Florianópolis/SC, um hospital e maternidade do Setor Suplementar de Saúde oferece a opção para que a mulher possa parir na água, desde 2007. No entanto, não possuía indicadores sobre essa modalidade de assistência. Esse contexto assistencial possibilitou o desenvolvimento do presente estudo que objetivou comparar os resultados maternos e neonatais dos partos ocorridos na água e fora dela.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma instituição do Setor Suplementar de Saúde, que desde a sua inauguração atende o parto na água. Esse cenário foi escolhido, como local do estudo, por ser a única instituição em que os profissionais prestam assistência ao parto na água na Grande Florianópolis, no período em que o estudo foi realizado.

A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva, de janeiro a julho de 2013, por meio de um formulário padronizado que continha as seguintes variáveis de desfecho - maternas e obstétricas: uso de ocitocina no trabalho de parto (sim; não), analgesia de parto (sim; não), amniotomia (sim; não), cor do líquido amniótico no parto (claro; meconial), batimento cardíaco fetal (BCF) no trabalho de parto e parto (normal; com alteração), posição de parto (vertical/decúbito lateral/Gaskin; horizontal), episiotomia (sim; não), trauma perineal (sem trauma; laceração de 1º grau; laceração de 2º grau; laceração de 3º grau), hemorragia pós-parto (sim; não), retenção placentária (sim; não); e neonatais, aspiração de vias aéreas superiores no nascimento (sim; não), oferta de oxigênio no nascimento (sim; não), ventilação pressão positiva no nascimento (sim; não), Apgar no 1º minuto (menor que 7; 7 ou maior), Apgar no 5º minuto (menor que 7; 7 ou maior), internação na Unidade de Tratamento

Intensivo UTI (sim; não). A variável independente foi local de parto (na água; fora da água).

A amostra foi composta por todas as mulheres que tiveram parto normal, no período de junho de 2007 a maio de 2013 e seus recém-nascidos. Foi utilizado como critério de inclusão o parto a termo, com feto único e apresentação cefálica. Foram excluídas da coleta 51 mulheres, pois os prontuários não foram localizados no setor de arquivo. Os dados foram coletados no livro de registro de nascimento e nos prontuários, disponíveis no setor de arquivos. A base de dados foi construída no programa EPI INFO 7 (7.1.0.6) - versão 2012, para facilitar a codificação e digitação dos mesmos. A leitura do banco de dados e a análise estatística foram realizadas no Software Stata SE 9.0, utilizando estatística descritiva (frequências relativa e absoluta) e bivariada. Foram estimadas as prevalências e testadas as associações entre as variáveis do parto na água e do parto fora da água por meio do teste qui-quadrado. Foram calculadas as razões de chance (Odds Ratio) brutas e ajustadas e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) por meio de regressão logística. A análise ajustada foi realizada com as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$.

As variáveis relacionadas com os resultados maternos foram ajustadas individualmente, por diferentes variáveis, da seguinte forma: uso de **ocitocina no parto** por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação, amniotomia e analgesia de parto; **analgesia de parto** por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação e uso de ocitocina no parto; **amniotomia** por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação; **cor do líquido amniótico no parto** por paridade, faixa etária, uso de ocitocina no parto; **BCF no trabalho de parto e parto** por paridade, faixa etária, dinâmica uterina na internação, amniotomia e uso de ocitocina no parto; **posição de parto** por paridade e faixa etária; **episiotomia** por paridade, faixa etária e BCF no trabalho de parto e parto; **trauma perineal** por paridade, faixa etária, uso de ocitocina no parto, posição de parto e peso do RN; **hemorragia pós-parto** por paridade, faixa etária e intercorrência na gestação; e **retenção placentária** por paridade e faixa etária.

As variáveis relacionadas aos resultados neonatais também foram ajustadas individualmente, da seguinte forma: **aspiração das vias aéreas superiores no nascimento** por

paridade, faixa etária, BCF no trabalho de parto e parto, cor do líquido amniótico no parto e uso de ocitocina no parto; **oferta de oxigênio no nascimento** e **ventilação pressão positiva no nascimento** foram ajustadas por paridade, faixa etária, BCF no trabalho de parto e parto, cor do líquido amniótico no parto e Apgar no 1º minuto de vida; **Apgar no 1º minuto de vida** e **Apgar no 5º minuto de vida** por paridade, faixa etária e BCF no trabalho de parto e parto; e **internação na UTI** por paridade, BCF no trabalho de parto e parto, intercorrência na gestação e Apgar no 5º minuto de vida. Permaneceram nos modelos subsequentes as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Esta pesquisa atende as Resoluções nº 196/96 e nº 466/12, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996, 2013). Foi submetida à Plataforma Brasil (CAAE 11681212.6.0000.0121) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do Protocolo nº 207.310, de 18/02/2013. A autorização para utilizar os dados das mulheres e seus RN, foi obtida através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, encaminhado por e-mail, após localização dessas mulheres por contato telefônico.

RESULTADOS

Ao se observarem as características obstétricas e os resultados maternos, percebe-se que os grupos são muito semelhantes em várias características (Tabela 1). Durante o trabalho de parto e parto, o BCF manteve-se sem nenhuma alteração (91,58%). No momento do parto, a maioria permaneceu com líquido amniótico claro (92,00%) e no pós-parto imediato, não teve hemorragia pós-parto (96,50%) e retenção placentária (98,36%).

Quando observamos as variáveis episiotomia e posição de parto, podemos perceber que as mulheres que pariram na água não foram submetidas ao procedimento de episiotomia e também não adotaram a posição horizontal para parir, o que difere do parto fora da água (Tabela 1).

O parto na água apresentou associação, estatisticamente significativa, com as mulheres que não utilizaram ocitocina no trabalho de parto (OR= 0,40 - IC95% 0,24;0,67), não receberam

analgesia de parto (OR= 0,19 IC95% 0,12;0,31) e não foram submetidas à amniotomia (OR= 0,25 IC95% 0,12;0,51). Quanto ao trauma perineal, mulheres que pariram na água apresentaram significativamente menos laceração, ou seja, tiveram mais períneo íntegro (OR= 0,58 - IC95% 0,37;0,92). Porém, ao realizar o ajuste por paridade, faixa etária, uso de ocitocina no parto, posição de parto e peso do RN, não manteve a associação (Tabela 1).

Ao realizar a análise com o modelo ajustado, o local de parto se mostrou significativo para as variáveis uso de ocitocina no trabalho de parto, analgesia de parto e amniotomia (Tabela 1). As mulheres que pariram na água possuem mais chances de não utilizar ocitocina no trabalho de parto, de não utilizar analgesia no trabalho de parto e não realizar amniotomia (Tabela 1).

Tabela 1: Resultados maternos das mulheres que pariram na água e fora dela, em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis, junho/2007 a maio/2013 (N=973)

	Local do Parto					
	Total N(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)	Valor de p	OR (IC95%)	ORaj (IC95%)
Uso de ocitocina no parto (n=960)*						
Não	516 (53,75)	114 (75,00)	402 (49,75)	0,000	(Ref.)	(Ref.)
Sim	444 (46,25)	38 (25,00)	406 (50,25)		0,33 (0,22;0,48)	0,40 (0,24;0,67)
Analgesia de parto (n=971)**						
Não	509 (52,42)	128 (84,21)	381 (46,52)	0,000	(Ref.)	(Ref.)
Sim	462 (47,58)	24 (15,79)	438 (53,48)		0,16 (0,10;0,25)	0,19 (0,12;0,31)
Amniotomia (n=766)***						
Não	595 (77,68)	113 (92,62)	482 (74,84)	0,000	(Ref.)	(Ref.)
Sim	171 (22,32)	9 (7,38)	162 (25,16)		0,23 (0,11;0,47)	0,25 (0,12;0,51)
Cor do líquido amniótico no parto (n=900)****						
Claro	828 (92,00)	135 (95,07)	693 (91,42)	0,142	(Ref.)	(Ref.)
Meconial	72 (8,00)	7 (4,93)	65 (8,58)		0,55 (0,24;1,23)	0,68 (0,29;1,55)
BCF no trabalho de parto e parto (n=926)*****						
Normal	848 (91,58)	135 (91,84)	713 (91,53)	0,901	(Ref.)	(Ref.)
Com alteração	78 (8,42)	12 (8,16)	66 (8,47)		0,96 (0,50;1,82)	0,79 (0,35;1,75)
Posição de parto (n=455)*****						
Vertical/Decúbito lateral/Gaskin	257 (56,48)	64 (100,00)	193 (49,36)	0,000		
Horizontal	198 (43,52)	0	198 (50,64)			

	Total N(%)	Local do Parto		Valor de p	OR (IC95%)	Continuação
		Na água n(%)	Fora da água n(%)			ORaj (IC95%)
Episiotomia (n=951)*****						
Não	704 (74,03)	152 (100,00)	552 (69,09)	0,000		
Sim	247 (25,97)	0	247 (30,91)			
Trauma perineal (n=680)*****						
Sem laceração	122 (17,94)	35 (24,65)	87 (16,17)	0,022	(Ref.)	(Ref.)
Com laceração	558 (82,06)	107 (75,35)	451 (83,83)		0,58 (0,37;0,92)	0,49 (0,23;1,01)
Hemorragia pós-parto (n=973)*****						
Não	939 (96,50)	148 (96,73)	791 (96,46)	0,868	(Ref.)	(Ref.)
Sim	34 (3,50)	5 (3,27)	29 (3,54)		1,08 (0,41;2,84)	1,16 (0,43;3,09)
Retenção placentária (n=973)*****						
Não	957 (98,36)	151 (98,69)	806 (98,29)	0,721	(Ref.)	(Ref.)
Sim	16 (1,64)	2 (1,31)	14 (1,71)		1,31 (0,29;5,82)	1,31 (0,29;5,85)

Ajustado por: *Paridade, Faixa Etária, Dinâmica Uterina na Internação, Amniotomia e Analgesia de parto;

Paridade, Faixa Etária, Dinâmica Uterina na Internação e Uso de ocitocina no parto; *Paridade, Faixa Etária e Dinâmica Uterina na Internação; ****Paridade, Faixa Etária e Uso de ocitocina no parto; *****Paridade, Faixa Etária, Dinâmica Uterina na Internação, Amniotomia e Uso de ocitocina no parto; *****Paridade e Faixa Etária;

*****Paridade, Faixa Etária e BCF no trabalho de parto e parto; *****Paridade, Faixa Etária, Uso de ocitocina no parto, Posição de parto e Peso do RN; *****Paridade, Faixa Etária e Intercorrência na gestação.

Quanto aos resultados neonatais, é possível constatar que foi realizada aspiração de vias aéreas superiores em 22,20% dos neonatos, foi oferecido oxigênio no nascimento para apenas 6,06%, foi necessária a ventilação de pressão positiva em 6,27% dos RN. Na avaliação do Apgar no 1º minuto, 5,68% dos neonatos apresentaram escore menor que sete, na mesma avaliação no 5º minuto, 0,62% dos neonatos apresentaram escore menor que sete. A taxa de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, devido a fatores relacionados ao parto, foi de 3,09% (Tabela 2).

Na análise bivariada, os RN que nasceram na água apresentaram associação, estatisticamente significativa, com a menor realização de aspiração das vias aéreas superiores logo após o parto (OR= 1,84 - IC95% 1,14;2,98). Ao realizar a análise com o modelo ajustado por paridade, faixa etária, uso de ocitocina, BCF no trabalho de parto e parto e cor do líquido amniótico no parto, o local de parto essa variável manteve significância (ORaj 1,73 IC95% 1,01;2,95) (Tabela 2).

Tabela 2: Resultados dos neonatos nascidos na água e fora dela, em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde da Grande Florianópolis, junho/2007 a maio/2013 (N=973)

	Local do Parto			Valor de p	OR (IC95%)	ORaj (IC95%)
	Total N(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)			
Aspiração das vias aéreas superiores no nascimento (n=973)*						
Sim	216 (22,20)	22 (14,38)	194 (23,66)	0,011	(Ref.)	(Ref.)
Não	757 (77,80)	131 (85,62)	626 (76,34)		1,84 (1,14;2,98)	1,73 (1,01;2,95)
Oferta de oxigênio no nascimento (n=973)**						
Sim	59 (6,06)	6 (3,92)	53 (6,46)	0,227	(Ref.)	(Ref.)
Não	914 (93,94)	147 (96,08)	767 (93,56)		1,69 (0,71;4,01)	1,42 (0,51;3,90)
Ventilação pressão positiva no nascimento (n=973)**						
Sim	61 (6,27)	5 (3,27)	56 (6,83)	0,061	(Ref.)	(Ref.)
Não	912 (93,73)	148 (96,73)	764 (93,17)		2,16 (0,85;5,50)	2,68 (0,67;10,60)
Apgar no 1º minuto de vida (n=969)***						
menor que 7	55 (5,68)	6 (3,95)	49 (6,00)	0,316	(Ref.)	Continuação (Ref.)
7 ou mais	914 (94,32)	146 (96,05)	768 (94,00)		0,64 (0,27;1,53)	0,66 (0,27;1,57)
Apgar no 5º minuto de vida (n=969)***						
menor que 7	6 (0,62)	1 (0,66)	5 (0,61)	1,000	(Ref.)	(Ref.)
7 ou mais	963 (99,38)	151 (99,34)	812 (99,39)		1,07 (0,12;9,27)	1,18 (0,09;14,28)

	Local do Parto				Continuação	
	Total N(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)	Valor de p	OR (IC95%)	ORaj (IC95%)
Internação na UTI (n=973)****						
Não	943 (96,92)	150 (98,04)	793 (96,71)	0,608	(Ref.)	(Ref.)
Sim	30 (3,09)	3 (1,96)	27 (3,29)		0,58 (0,17;1,96)	0,58 (0,16;2,14)

Ajustado por: *Paridade, Faixa Etária, BCF no trabalho de parto e parto, Cor do líquido amniótico no parto e Uso de ocitocina no parto; **Paridade, Faixa Etária, BCF no trabalho de parto e parto, Cor do líquido amniótico no parto e Apgar no 1º minuto de vida; ***Paridade, Faixa Etária e BCF no trabalho de parto e parto; ****Paridade, BCF no trabalho de parto e parto, Intercorrência na gestação e Apgar no 5º minuto de vida.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstram que, em muitas características, as mulheres que pariram na água e fora dela se assemelham. Em relação aos resultados maternos, percebe-se que, durante o trabalho de parto, não houve alteração nos BCF. No momento do parto, o líquido amniótico permaneceu claro, não ocorreu hemorragia pós-parto e retenção placentária.

O parto na água é, muitas vezes, escolhido pelas mulheres como um meio de propiciar alívio da dor no trabalho de parto e para facilitar o parto normal sem a utilização de fármacos. O uso da imersão em água aumenta a probabilidade de a mulher parir de forma espontânea, com menos intervenções (BURNS *et al.*, 2012). Essa diminuição de intervenções durante o trabalho de parto e parto foi identificada neste estudo.

Mulheres que pariram na água tiveram mais chances de não utilizar ocitocina durante o trabalho de parto, sendo que vários estudos corroboram com esse resultado. Em um deles, realizado na Turquia, que comparou o parto na água com o parto sob analgesia e o parto fora da água, mostrou que as mulheres que pariram na água foram menos submetidas ao uso de ocitocina no trabalho de parto (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012). Outro estudo, realizado na Suíça, também apontou que a frequência do uso de ocitocina nas mulheres que pariram fora da água foi maior do que nas que pariram na água (ZANETTI-DAELLENBACH *et al.*, 2007).

Outra intervenção que ocorreu de forma mais expressiva nas mulheres que tiveram seu parto fora da água foi a analgesia. Constatou-se que as que pariram na água tiveram mais chance de não receber essa intervenção. A revisão de literatura publicada na Biblioteca *Cochrane* aponta que o uso de imersão na primeira fase do trabalho de parto diminui o uso de analgesia epidural (CLUETT; BURNS, 2012). Estudo que comparou a dor das mulheres que pariram na água com as que pariram fora dela e receberam analgesia epidural concluiu que a imersão em água reduz a percepção dolorosa e a necessidade de analgesia (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012). A imersão em água durante o processo do nascimento não possui efeitos colaterais, mas a valorização do uso da farmacologia e da tecnologia para propiciar o relaxamento sobrepõe-se ao seu uso (GOULD, 2007).

Observa-se, também que a realização de amniotomia foi mais frequente nas mulheres que não pariram na água. Esse resultado é semelhante ao de outro estudo realizado na Suíça (ZANETTI-DAELLENBACH *et al*, 2007), embora as mulheres que não pariram na água tenham realizado imersão durante o trabalho de parto. Outro estudo realizado no Brasil, com o uso de imersão na água em mulheres que pariram fora dela, mostrou que uso da água apenas no trabalho de parto não reduz a prática da amniotomia (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009).

Com a hospitalização e a medicalização, o parto normal deixou de ser espontâneo e se transformou em um procedimento que agrega diversas intervenções. As mulheres buscam o parto na água como uma forma de se proteger dessa assistência intervencionista (RICHMOND, 2003). O uso da água no trabalho de parto é uma forma segura, fácil e econômica de propiciar que as mulheres possam retomar para si a experiência do nascimento (MACKEY, 2001). Além disso, a imersão na água causa uma sensação de bem-estar e reconforto, que auxilia a mulher a lidar com o medo, com o trabalho de parto e com a dor (MAUDE; FOUREUR, 2007). Ela também proporciona certo dinamismo, pois facilita a mudança de posição e movimentação dentro da água, promovendo segurança para recuperar o controle no trabalho de parto (RICHMOND, 2003), o domínio da situação (HALL; HOLLOWAY, 1998) e o controle pessoal (MAUDE, FOUREUR, 2007; HALL; HOLLOWAY, 1998; RICHMOND, 2003).

A posição assumida pela parturiente que é assistida na água no momento da expulsão do feto não é abordada na maioria dos estudos. Essa variável é analisada apenas quando comparam os resultados do parto na água com diferentes posições do parto fora da água (DAHLEN *et al.*, 2013; GEISSBÜHLER, EBERHARD, 2000). No presente estudo, também foi difícil analisar a posição no parto, pois somente cerca de 47% dos prontuários possuíam essa informação. O que chama atenção nesse resultado, porém, é que a maioria das mulheres que pariu fora da água estava em posição horizontal no momento do parto, sendo que, no parto na água, nenhuma mulher assumiu essa posição.

Na Holanda, durante a assistência ao parto, a mulher é encorajada a escolher a posição que deseja no momento de parir, porém nem sempre é isso que ocorre. A posição de parto

adotada pela parturiente é influenciada, fortemente, pela preferência dos profissionais de saúde (JONGE *et al.*, 2009). Estudo realizado no sul da Suécia, que comparou diferentes posições de parto, recomenda que os cuidadores, as parteiras e os estudantes de obstetrícia, aprendam habilidades para encorajar as mulheres no uso das diversas variedades de posição de parto (THIES-LAGERGREN *et al.*, 2013).

A episiotomia foi outra intervenção realizada somente nas mulheres que pariram fora da água, quando comparadas às que tiveram partos na água ($p=0,000$). Outros estudos trazem o mesmo resultado para esse desfecho, nenhuma das mulheres estudada no parto na água foi submetida à episiotomia (RIQUET, 2012; MENAKAYA *et al.*, 2013). De modo geral, a literatura descreve que a prevalência de episiotomia nas mulheres que parem na água é menor quando comparada com as mulheres que parem fora da água (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012; ZANETTI-DAELLENBACH *et al.*, 2007; OTIGBAH *et al.*, 2000; GEISSBÜHLER; EBERHARD, 2000).

Ao analisar a taxa de laceração perineal, as mulheres que pariram na água tiveram menos lacerações ($p=0,022$). Porém, no modelo ajustado, essa associação não se manteve. A literatura não traz um consenso sobre os resultados perineais do parto na água, quando comparado com o parto fora da água. No entanto, os resultados de algumas pesquisas mostram que, no parto na água, há mais ocorrência de períneos íntegros (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004; RIQUET, 2012) e lacerações de primeiro e segundo grau, sendo as lacerações perineais de terceiro e quarto grau mais frequentes nos partos fora da água (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004; ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006). Contudo, estudo realizado em uma maternidade de Londres aponta que, não há diferença em relação à ausência de lacerações perineais, lacerações de primeiro e segundo grau entre mulheres que parem na água e fora dela. Porém, mulheres que têm seu parto na água apresentam maior incidência de lacerações de terceiro grau (CORTES *et al.*, 2011).

Entre as principais preocupações relatadas em uma revisão de literatura, quanto aos resultados maternos no parto na água, são a infecção e as intercorrências maternas (YOUNG; KRUSKE, 2013). Neste estudo, não foi possível investigar a infecção materna pós-parto, pois as mulheres estudadas

possuíam registro sobre a assistência na instituição somente até o segundo dia pós-parto, não sendo possível verificar intercorrências após esse período. Apenas, a hemorragia após o parto pôde ser investigada, sendo que não houve diferença estatística significativa entre as mulheres que pariram na água e fora dela. Esse resultado é semelhante ao encontrado em algumas pesquisas (OTIGBAH *et al.*, 2000; MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012; MENAKAYA *et al.*, 2013) e diverge de outras em que as mulheres que têm seu parto na água apresentam menos hemorragia (GEISSBUEHLER; STEIN; EBERHARD, 2004; GEISSBÜHLER; EBERHARD, 2000).

Outra intercorrência materna investigada neste estudo foi a retenção placentária, que também não mostrou diferença estatística entre os dois grupos. Um estudo que aborda o período de dequitação, apenas refere que as mulheres que pariram na água apresentaram esse período mais curto, sendo significativa essa diferença (MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.*, 2012).

No que se refere aos resultados neonatais, foi observado que existe semelhança entre os bebês nascidos na água e fora dela em relação à oferta de oxigênio e ventilação de pressão positiva logo após o nascimento, escore de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, bem como na internação em UTIN.

É frequente os profissionais de saúde demonstrarem inquietação em relação aos resultados neonatais dos partos na água, sendo, uma das principais, a aspiração de água pelo neonato no momento do parto (YOUNG; KRUSKE, 2013). Variáveis que podem demonstrar as condições neonatais do nascimento são os escores de Apgar no 1º e 5º minutos de vida. No presente estudo, não foi encontrada diferença, estatisticamente significativa, desse escore entre os neonatos nascidos na água e fora dela, resultado que também foi encontrado por outros autores (GEISSBUEHLER *et al.*, 2004; ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006). Entretanto, em estudo realizado na Austrália, o Apgar no 1º minuto de vida ≤ 7 foi mais frequente nos nascidos na água, mas essa diferença não se manteve no 5º minuto de vida (MENAKAYA *et al.*, 2013).

Como já discutido anteriormente, as mulheres que parem na água são menos submetidas a algumas intervenções obstétricas. Essa redução também foi encontrada na assistência ao RN no pós-parto. Os nascidos na água foram menos submetidos à aspiração de vias aéreas superiores no momento

do nascimento do que os nascidos fora dela ($p=0,011$). Esse é um procedimento realizado na transição do feto a RN que não traz benefícios quando realizado de forma rotineira, sem nenhuma indicação clínica, que deve ser abandonada (MERCER *et al.*, 2010). Os RN nascidos na água são menos aspirados que os RN nascidos fora da água (OR 1,73 - IC95% 1,01;2,95).

A internação em UTIN também não apresentou diferença entre os dois grupos, resultado corroborado por alguns estudos (OTIGBAH *et al.*, 2000; ZANETTI-DÄLLENBACH *et al.*, 2006), mas que diverge de outros em que a taxa de internação de neonatos nascidos na água foi maior do que dos nascidos fora dela (CLUETT *et al.*, 2004; MENAKAYA *et al.*, 2013). Porém, essas internações foram de curta permanência e por indicações não relacionadas ao parto (CLUETT *et al.*, 2004; MENAKAYA *et al.*, 2013).

Este estudo possui algumas limitações, entre as quais destaca-se o fato de que os dados foram coletados de forma retrospectiva, assim, algumas variáveis não possuíam registro e nem um padrão de descrição das práticas assistenciais. Além disso, não havia informação, no livro de registro de nascimento e na estatística do serviço, sobre se o parto ocorreu na água, sendo necessário realizar a busca em todos os prontuários da instituição para se obter essa informação. Com a falta dessa informação, este estudo ficou suscetível a viés de coleta de dados, sendo que alguns prontuários podem não ter sido coletados. O tamanho da amostra e o fato de ter sido realizado em apenas uma instituição hospitalar também trazem restrições para a sua generalização. No entanto, considerando o número restrito de publicações brasileiras sobre o parto na água, este estudo tem seu valor ao contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o atendimento a esse tipo de assistência na realidade brasileira.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou descrever e analisar alguns resultados maternos e neonatais do parto na água. As mulheres que foram estudadas, tanto as que pariram na água como fora dela, apresentam uma homogeneidade em muitas de suas

características obstétricas e neonatais, propiciando maior confiabilidade aos resultados.

Embora esta pesquisa tenha investigado o parto na água somente em somente uma instituição privada e de forma retrospectiva, constituindo-se relevante limitação ao estudo, certamente ela inicia a construção do perfil dessa modalidade de parto, na realidade brasileira. Com a adição de outras pesquisas sobre a temática, em outros contextos assistenciais, será possível delinear e compreender as peculiaridades do parto na água em ambiente nacional e, quiçá, contribuir para que essa modalidade de assistência seja ampliada e disponibilizada para as mulheres assistidas pelo SUS.

Entre os resultados maternos que apresentaram diferença, estatisticamente significativa, estão o uso de ocitocina no trabalho de parto, a realização de analgesia e amniotomia. A razão de chance das mulheres que parem na água de não serem submetidas a tais procedimentos é maior que das que parem fora dela. Além disso, essas mulheres são assistidas em posição não supina e sem episiotomia. Nos resultados neonatais, é verificado que os recém-nascidos das mulheres que parem na água não são aspirados de forma rotineira logo após o nascimento.

Evidencia-se, a partir das análises realizadas, que o parto na água contribui para a redução de intervenções obstétricas e é uma alternativa para as mulheres parirem de forma mais espontânea, sem associar resultados adversos para o neonato.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L.G.F. Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho. 2008. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: O Conselho, 1996.

BURNS, E. E., *et al.* Characteristics, Interventions, and Outcomes of Women Who Used a Birthing Pool: A Prospective Observational Study. **BIRTH**, v. 39, n.3, sep. 2012.

CLUETT, E.R., BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **The Cochrane Library**, 2012.

CLUETT, E. R., *et al.* Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. **BMJ**, 2004.

CORTES, E.; BASRA, R.; KELLEHER C. J. Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires European **Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 155, p. 27–30, 2011.

COSTA, R. F., As práticas educativas na Casa de Parto David Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural. 2007. 72 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

DAHLEN, H. G., *et al.* Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. **Midwifery**, v. 29, p. 759-764, 2013.

FELICE, A.A.; RUIZ, M.T.R.; SOLER, Z.A.S.G. Uso da água no trabalho de parto e parto. **Enfermagem Brasil**. v. 7, n. 1, p.38-43, 2008.

GEISSBUEHLER, V.; EBERHARD, J. Waterbirths: A Comparative Study. **Fetal Diagn Ther**, v. 15, n. 5, p. 291-300, 2000.

GEISSBUEHLER, V. *et al.* Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. **J. Perinat. Med**, v. 32, n. 4, p. 308-314, 2004.

GOULD, D. Waterbirth: from ordinary to extraordinary. **British journal of midwifery**. London, v. 15, n. 1 p. 24, jan. 2007.

HALL, S. M.; HOLLOWAY I. M. Staying in control: women's experiences of labour in water. **Midwifer**, v. 14, p. 30-36, 1998.

JONGE, A. *et al.*, Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour **Midwifery**, v. 25, p. 439–448, 2009.

MACKEY, M. Use of Water in Labor and Birth. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 44, n. 4, p. 733–749, 2001.

MAUDE, R.M.; FOUREUR, M.J. It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. **Women and Birth**. v. 20, n. 1, p. 17—24, 2007.

MENAKAYA, U. *et al.* A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. **Women Birth**, 2013.

MERCER, J. S. *et al.* Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 173-189, 2010.

MOLLAMAHMUTOĞLU *et al.* The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. **J Turkish-German Gynecol Assoc**, v. 13, p. 45-9, 2012.

ODENT, M. Birth under water. **Lancet**, v. 322, p. 1476-77, 1983.

OTIGBAH, C. M. *et al.* A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. **European Journal of**

Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, v. 91, p. 15–20, 2000.

PEREIRA, A.L.F. O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci. 2007. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RICHMOND, H. Theories surrounding waterbirth. **The Practising Midwife**. v.6, n. 2, p. 10-13, 2003.

RIQUET S. Accouchements dans l'eau, un choix donné aux patientes dans une maternité de niveau I: expérience de la maternité de Payerne. **La Revue Sage-Femme**, v. 11, p. 105—112, 2012.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; NOBRE, M. R. C. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. **Midwifery**, v. 25, p. 286–294, 2009.

THIES-LAGERGREN, L. *et al.* Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. **Midwifery**, v. 29, p. 344–350, 2013.

YOUNG, K., KRUSKE, S. How valid are the common concerns raised against water birth? A focused review of the literature. **Women and Birth**, v. 26, n. 2, p. 105-109, jun. 2013.

ZANETTI-DAELLEBACH, R.A. *et al.* Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study. **Arch Gynecol Obstet**, v. 274, p. 355-365, 2006.

_____. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. v. 134, p. 37-43, 2007.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados desta investigação é possível inferir que a prática do parto na água vem aumentando, gradativamente, na Grande Florianópolis, e que esse tipo de assistência apresenta resultados maternos e neonatais satisfatórios, não acarretando riscos ou efeitos adversos maiores do que ocorreram no parto fora da água. Inclusive, há redução de algumas intervenções obstétricas que não devem ser realizadas rotineiramente, segundo as recomendações com base nas evidências científicas.

No primeiro artigo, foi possível vislumbrar a evolução do atendimento ao parto na água e constatar o aumento gradativo dessa assistência, a partir de 2010, na instituição estudada, que atingiu o maior percentual em 2012. Foi possível, ainda, caracterizar as mulheres que buscam este tipo de parto, na maioria são: de cor branca, possuem companheiro, alto grau de escolaridade, trabalho remunerado e grande número de consultas pré-natal. No momento da internação estão em trabalho de parto ativo e irão vivenciar o nascimento do seu primeiro filho, sob a assistência do médico plantonista.

As mulheres que foram estudadas, tanto as que pariram na água como fora dela, apresentam uma homogeneidade em muitas de suas características sociodemográficas, obstétricas e neonatais, o que propicia maior confiabilidade nos resultados. Porém, por se tratar de uma investigação realizada em uma instituição do Setor Suplementar de Saúde, somente as mulheres que possuem convênio de saúde ou apresentam condições de realizar o pagamento de sua assistência têm acesso a esta forma de nascimento. As peculiaridades nas características das mulheres e no acesso ao serviço de saúde são potenciais fatores de viés nos resultados, o que impossibilita a generalização para outras realidades assistenciais, em especial, o setor público de saúde.

O segundo artigo trouxe a descrição e a análise de alguns resultados maternos e neonatais do parto na água. Entre as variáveis maternas que apresentaram diferença, estatisticamente significativa, estão o uso de ocitocina no trabalho de parto, a realização de analgesia e amniotomia. A chance de as mulheres, que parem na água, não serem

submetidas a tais procedimentos é maior que das que parem fora dela. Além disso, essas mulheres são assistidas em posição não supina e sem episiotomia. Nos resultados neonatais é verificado que os recém-nascidos das mulheres que parem na água não são aspirados de forma rotineira, logo após o nascimento, demonstrando que os neonatos, nessa modalidade de assistência, são menos submetidos a intervenções.

Evidencia-se, a partir das análises realizadas, que os médicos, as enfermeiras obstétricas e as obstetrizas podem disponibilizar esta modalidade de parto para as mulheres com segurança, pois ela não acarreta aumento de risco materno e neonatal em relação ao parto fora da água. Para propiciar ainda mais segurança para esse tipo de assistência, é recomendada a elaboração de um protocolo de assistência que padronize o atendimento ao parto na água, pautado nas evidências científicas. Esse protocolo deve trazer recomendações sobre as diversas fases do trabalho de parto, sobre os cuidados com o RN, orientações sobre o controle de infecções, bem como sobre a segurança ocupacional.

O parto na água contribui para a redução de intervenções obstétricas e neonatais, e é uma alternativa para as mulheres parirem de forma mais espontânea e fisiológica. Esse tipo de assistência vai ao encontro da atual política de assistência ao parto, a Rede Cegonha, que está sendo implementada em todo o território nacional. Essa política incentiva a criação de CPN, com uma assistência personalizada à mulher e ao recém-nascido, com menos intervenções e respeitando as suas opções nesse momento especial e único de sua vida. Contudo, além da estrutura física, é necessário que os profissionais que atendem o parto estejam aptos e motivados a assistir essa modalidade de nascimento.

Embora esta pesquisa tenha investigado o parto na água em somente uma instituição privada e de forma retrospectiva, constituindo-se uma relevante limitação ao estudo, ela contribui para a construção do conhecimento acerca dessa modalidade de parto na realidade brasileira. Com a adição de outras pesquisas sobre a temática, em outros contextos assistenciais, será possível delinear e compreender as peculiaridades do parto na água em ambiente nacional.

Considera-se que há muitas possibilidades de que esse tipo de parto possa ser incorporado pelos profissionais de saúde

e que todas as mulheres assistidas, tanto no setor público como no privado, possam optar pelo parto na água.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Rol de procedimentos e eventos em saúde 2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 148 p. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude_2012.pdf.> Acesso em: 25 out. 2012.

_____. **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 80 p. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Livro_Manual_AtencaoSaude.pdf.> Acesso em: 25 out. 2012.

_____. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf.> Acesso em: 20 jul. 2012.

AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES – ACNM. **About Midwives**. Disponível em: <<http://www.midwife.org>.> Acesso em: 11 jan. 2014.

AZEVEDO, L.G.F. Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho. 2008. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2008.

BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=747>. Acesso em: 18 nov. 2012a.

_____. Centro de Parto Normal. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto/centros-de-parto-normal>>. Acesso em: 23 jul. 2012b.

_____. Fiocruz pesquisa aumento de cesarianas no Brasil. Ministério da Saúde, Blog da Saúde em 07 de fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/fiocruz-pesquisa-aumento-de-cesarianas-no-brasil/>. Acesso em: 23 jul. 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº - 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2011a. p. 109-111.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 4 v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Relatório final da I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015 (Brasília/DF, 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 131.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Glossário temático**: saúde suplementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. p. 84.

_____. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União** [da]

República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília: DF, 4 jun, 2008. Seção 1, p. 50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. p. 128.

_____. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília: DF, 2005. Seção 3, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 199 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984, 27 p.

BURNS, E. Waterbirth: a natural intervention. **British journal of midwifery**, London, v. 14, set. 2006.

CAMPOS, S.E.V.; LANA, F.C.F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1349-1359, 2007.

CHURCH, L.K. Waterbirth: one birthing center's observation. **Journal of Nurse-Midwifery**. Dallas, v. 34, n. 4, p. 165-70, jul./aug. 1989.

CLUETT, E.R., BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **The Cochrane Library**, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011, 148 p.

COTZIAS, C. S.; PATERSON-BROWN, S.; FISK, N. M. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 97, n. 1, p.15-6, jul. 2001.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

ENNING, C. **O parto na água**. São Paulo: Manole, 2000.

FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 488-94, 2004.

FEHERVARY, P. et al. Water birth: microbiological colonisation of the newborn, neonatal and maternal infection rate in comparison to conventional bed deliveries. **Arch Gynecol Obstet**, v. 270, p. 6-9, 2004.

FELICE, A.A.; RUIZ, M.T.R.; SOLER, Z.A.S.G. Uso da água no trabalho de parto e parto. **Enfermagem Brasil**. v. 7, n. 1, p. 38-43, 2008.

FREEMAN, L.M.; GRIEW, K. Enhancing the midwife–woman relationship through shared decision making and clinical guidelines. **Women and Birth**, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2007.

GAYESKI, M.E; BRÜGGEMANN, OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma

revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-82, out./dez. 2010.

GEISSBUEHLER, V.; EBERHARD, J. Waterbirths: A Comparative Study. **Fetal Diagn Ther**, v. 15, n. 5, p. 291–300, 2000.

GEISSBUEHLER, V. et al. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. **J. Perinat. Med**, v. 32, n. 4, p. 308–314, 2004.

_____. Waterbirth: water temperature and bathing time. **J. Perinat. Med.**, v. 30, n. 5, p. 371-378, 2002.

GOULD, D. Waterbirth: from ordinary to extraordinary. **British journal of midwifery**, London, v. 15, n. 1, p. 24, jan. 2007.

KASSIM, Z.; SELLARS, M.; GREENOUGH, A. Underwater birth and neonatal respiratory distress. **BMJ**, v. 330, p. 1071-72, 2005.

KITZINGER, S. Sheila Kitzinger's Letter From Europe: The Waterbirth Debate Up-to-Date. **BIRTH**. v. 27, n. 3, p. 214-16, sep. 2000.

KOETTKER, J. G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 4, p. 747-50, 2012.

MACKAY, M. Use of Water in Labor and Birth. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 44, n. 4, p. 733–749, 2001.

MAUDE, R.M.; FOUREUR, M.J. It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. **Women and Birth**. v. 20, n. 1, p. 17-24, 2007.

MAZONI, S.R.; FARIA, D.G.S.; MANFREDO, V.A. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Arq Ciênc Saúde**, v. 16, n. 1, p. 40-4, jan./mar. 2009.

MEYER, S.L.; WEIBLE, C.M.; WOEBER, K. Perceptions and Practice of Waterbirth: A Survey of Georgia Midwives. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 55, n. 1, p. 55-59, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. **Rezende, obstetrícia fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NEWMAN, T. B. et al. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e de caso-controle. "In": HULLEY, S. B. et al **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 127-143.

ODENT, M. **Água e sexualidade**. São José: Saint Germain, 2004.

ODENT, M. Birth under water. **Lancet**, v. 322, p. 1476-77, 1983.

PAGANO, E. et al. An economic evaluation of water birth: the cost-effectiveness of mother well-being. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 16, p. 916–919, 2010.

PEREIRA, A.L.F. O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci. 2007. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RCM. Position Paper No 1a - THE USE OF WATER IN LABOUR AND BIRTH. **Royal College of Midwives**, London: 2005. p. 1-5.

RCOG, RCM. Joint statement No.1. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and the Royal College of Midwives**, London: 2006. p. 1-5.

RICHMOND, H. Theories surrounding waterbirth. **The Practising Midwife**, v.6, n. 2, p. 10-13, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 728 p.

SANTOS, F.P. Apresentação. IN: O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar, - Rio de Janeiro: ANS, 2008.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; NOBRE, M. R. C. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. **Midwifery**, v. 25, p. 286–294, 2009.

SIM, J. **Water Immersion During Labour and Birth (Practice Guidelines) – NSCCAHS**. Division of Women, Children's and Family Health. Austrália: Northern Sydney Central Coast Health, 2011.

TRICIA. O Parto na Água no Brasil. Blog Amigo da O.N.G. Amigas do Parto, 2006. Disponível em:
<<http://parir.blogspot.com.br/2006/10/o-parto-na-gua-no-brasil.html>.> Acesso em: 13 jun. 2012.

TORRES, J.A. *et al.* A inserção da enfermeira obstétrica na atenção ao parto no setor suplementar de saúde brasileiro: estratégia para redução das elevadas taxas de cesariana do setor. ANS. Disponível em:
<<http://www.ans.gov.br/portal/upload/eventos/A%20INSER%C3%87%C3%83O%20DA%20ENFERMEIRA%20OBST%C3%89TRICA%20NA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20AO%20PARTO.pdf>.> Acesso em: 25 out. 2012.

TUCKER, S. M. Monitorização fetal. In: LOWDWEMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. (Orgs.). **O Cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 336-355.

UNITED NATIONS (UN). **United Nations Millennium Declaration**. United Nations Information Centre, Lisbon, August, 2001.

WESTERN AUSTRALIA. **WA Water Birth Clinical Guidelines**. Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **SAFE MOTHERHOOD**. Care in normal birth: a practical guide. Geneva, 1996.

WU, C.J; CHUNG, U.L. Decision-Making Experience of Waterbirth Mothers. **J. Nursing Research**, v. 11, n.4, p. 261-267, 2003.

ZANETTI-DAELLEBACH, R.A. et al. Water birth: is the water an additional reservoir for group B streptococcus? **Arch Gynecol Obstet**, v. 273, p. 236-238, 2006.

_____(a). Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study. **Arch Gynecol Obstet**, v. 274, p. 355-365, 2006.

_____. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. v. 134, p. 37-43, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS

Número total: [_____] Ano:[_____] N°: [_____]

SEÇÃO 1 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Dados de Identificação (Ficha de internação)

Nome: _____

Número do Prontuário: [__][__][__][__][__]

Endereço: _____

Bairro: _____ Município _____ CEP _____

Telefone(s): _____

1.1 Idade: [_____] anos

1.2 Estado marital:

(1) casada	(3) divorciada	(5) separada
(2) solteira	(4) união consensual	(6) viúva

1.3 Cor/raça:

(1) branca	(3) amarela	(5) indígena
(2) negra	(4) parda	(6) não informado

1.4 Escolaridade:

(0) nenhuma	(5) ensino superior completo
(1) ensino fundam. completo	(99) não informado
(2) ensino médio comp.	

Dados da internação

2.4 Data: [____]____]____] Hora [____]____]
 Dia / Mês / Ano Hora / min

2.5 Idade gestacional: IG [__] (USG com __)[__](DUM) [____]

2.6 Estado das membranas:

(1) íntegras (2) rotas (3) não informado

2.7 Aspecto do líquido na internação:

(1) claro (2) meconial (3) não informado

Outro: _____

2.8 Batimentos cardíacos do feto:

(1) normal (2) com alteração (3) não informado

2.9 Dilatação do colo uterino: (1) não informado

[_____] cm

2.10 Contração uterina:

(1) presentes (2) ausentes (3) não informado

2.11 Intercorrências/ Doenças na gestação:

(1) sim, qual: _____ (2) não (3) não informado

2.12 Indução de parto

(1) sim, motivo: _____ (2) não

Dados do Trabalho de Parto

2.13 Uso de Analgesia de parto:

(1) sim

(2) não

- 2.21 Data do nascimento: [] [] []
Dia/Mês/Ano
- 2.4.6. Hora do nascimento: [] []
Hora/min
- 2.22 Tipo de gravidez:
(1) única (2) múltipla, quantos: _____
- 2.23 Apresentação:
(1) cefálica (2) pélvica (3) outra: _____
- 2.24 Local do parto:
(1) fora da água (2) dentro da água
- 2.25 Posição de parto:
(1) cócoras (3) Outra: _____
(2) litotomia (4) não informado
- 2.26 Parto instrumental:
(1) vácuo-extrator (2) fórceps (3) não
- 2.27 Intercorrências no parto:
(1) circular de cordão (2) procedência de membro (3) outra: _____
- 2.28 Episiotomia:
(1) sim (2) não (3) não informado
- 2.29 Condições do períneo:
(1) sem trauma perineal (2) laceração de primeiro grau (3) laceração de segundo grau (4) laceração de terceiro grau (5) laceração de quarto grau (6) sem registro
- 2.30 Sutura Perineal:
(1) episiorrafia (3) sem sutura de laceração

(2) sutura de laceração (4) sem registro

Dados do pós-parto imediato

2.31 Hora da dequitação: (1) não informado

[____]____]

Hora/min

2.32 Intercorrências obstétricas:

(1) hipotonia uterina (4) hipotensão arterial

(2) hemorragia (5) outra _____

(3) dequitação retardada ou (6) sem intercorrência
prolongada

2.33 Uso de uterolíticos prescritos no pós-parto:

(1) ocitocina (3) misoprostol (5) não

(2) ergotamina/methergin (4) outra, qual: _____

2.34 Uso de medicação:

(1) antibiótico (2) anti-inflamatório (3) não utilizado

2.35 Cultura de Streptococcus B:

(1) positivo (2) negativo (3) não informado

(4) não realizado (5) Outro: _____

SEÇÃO 3 – VARIÁVEIS DO RECÉM-NASCIDO (RN)

3.1 Peso do RN: [____]____]____]____] g

3.2 Apgar do RN: 1 min: [____]____] 5 min: [____]____]

3.3 Idade gestacional do RN pelo avaliação Somática de

Capurro: [____]____]

sem/dias

3.4 Assistência realizada ao RN na sala de parto:

- (1) nenhum (5) VPP balão/máscara
(2) massagem cardíaca (6) medicação
(3) oferta de oxigênio (7) outra: _____
(4) aspiração das vias aéreas superiores (8) não informado

3.5 Internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN):

- (1) Sim, motivo: _____ (2) Não

3.6 Classificação do RN quanto idade gestacional:

- (1) pré-termo (3) pós-termo
(2) a termo (4) não informado

3.7 Classificação do RN quanto ao peso de nascimento:

- (1) Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) (3) Grande para a Idade Gestacional (GIG)
(2) Adequado para a Idade Gestacional (AIG) (4) não informado

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____
_____, RG _____, prontuário
número _____

residente _____ à

abaixo assinada, fui informada que está sendo realizada uma pesquisa para saber quais são os resultados obstétricos e neonatais do parto normal na água e do parto normal fora da água. A minha participação consiste em permitir que as informações sobre o meu parto e do meu filho (a) sejam coletadas nos registros disponíveis no meu prontuário. Me informaram de que não serei prejudicada de nenhuma forma por estar participando da pesquisa. Me garantiram que todas as informações coletadas serão confidenciais e que meu nome e do meu filho (a) serão mantidos em sigilo. Fui informada que tenho o direito de não permitir que os meus dados e do meu filho (a) sejam utilizados na pesquisa, sem que isso gere qualquer prejuízo para nós. Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Enfª Tânia Regina Scheidt pelos telefones: (48) 9607-5426 e (48) 3233-4322, das 8 às 18 horas; ou fazer contato com o Comitê de Ética e Pesquisa pelo telefone: (48) 3721-9206.

Florianópolis, ____ de _____ de 2013.

Assinatura da mulher assistida:

Assinatura da pesquisadora:

ANEXO

ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTO NA ÁGUA EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

Pesquisador: Odaléa Maria Bruggemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11681212.6.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 207.310

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto (CAAE 11681212.6.0000.0121) intitula-se: PARTO NA ÁGUA EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE, subsidia um projeto de Dissertação vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (CCS) da UFSC e é orientado pela Profa. Dra. Odaléa Maria Bruggemann, que assina a Folha de Rosto conjuntamente com a coordenadora do Programa, como responsáveis pelo projeto na Instituição.

O estudo tem caráter descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, ambas de natureza exploratória. Será desenvolvido no Hospital e Maternidade Ilha, sediado no Município de Florianópolis (setor suplementar de saúde no estado de Santa Catarina que iniciou a assistência obstétrica em 2008).

Na abordagem quantitativa do projeto, os sujeitos serão as mulheres que tiveram parto normal na maternidade estudada e seus recém-nascidos, no período de 2008 a 2012. Estima-se uma amostra de 600 partos. Na abordagem qualitativa, serão incluídos os médicos que tiveram a experiência de assistir parto na água e a equipe de enfermagem que atua na assistência à mulher durante o parto na água, totalizando cerca de 20 profissionais.

A coleta dos dados quantitativos será realizada nos prontuários selecionados por meio de um

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

formulário que contemplará as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais, sendo que os dados serão analisados por estatística descritiva (frequência relativa e absoluta). A coleta dos dados qualitativos ocorrerá através de entrevistas semi-estruturadas, individuais, norteadas por um roteiro, e a abordagem de dados se dará mediante análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

- Descrever a evolução da frequência dos partos na água e fora dela em uma maternidade do setor suplementar de saúde;
- Avaliar os resultados maternos e neonatais do parto assistido na água;
- Descrever, pela perspectiva dos médicos obstetras, como foi implementada essa modalidade de atendimento;
- Conhecer a experiência dos profissionais de saúde em prestar esse tipo de assistência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A proponente refere que, considerando que na abordagem quantitativa será realizada pesquisa em prontuário com coleta retrospectiva dos dados, não haverá risco potencial às mulheres a serem incluídas no estudo. E complementa que na abordagem qualitativa, apenas serão registradas as informações que os profissionais de saúde fornecerem livremente acerca da experiência em prestar assistência ao parto na água. Assim, os participantes não serão submetidos a procedimentos ou intervenções que possam acarretar riscos ou danos.

Contudo, além das considerações da proponente, transcritas acima, sobre os riscos potenciais aos participantes decorrentes de sua participação na pesquisa, o CEPSC destaca que a amostra do projeto em tela consiste de dados obtidos de exames de pacientes e, portanto, recomenda expressamente à proponente toda atenção aos termos da Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS de 30/09/2011 que trata do Uso de Dados de Prontuários para Fins de Pesquisa, com ênfase nos seguintes artigos:

3. Cumpre ressaltar que, os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do próprio sujeito, que forneceu tais informações em uma relação de confidencialidade entre médico e paciente, para realização do seu tratamento e cuidado médicos, e não para utilização de tais dados em pesquisas. Dessa forma, no que se refere ao uso e acesso aos prontuários, a CONEP alerta no sentido de obediência às disposições éticas e legais brasileiras:

-Constituição Federal Brasileira (1988) § art.5º, incisos X e XIV;

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**

- Novo Código Civil *ç* artigos 20 e 21;
- Código Penal *ç* artigos 153 e 154;
- Código de Processo Civil *ç* artigos 347, 363, 406;
- Código de Defesa do Consumidor *ç* artigos 43 e 44;
- Código de Ética Médica *ç* CFM. Artigos. 11, 70, 102, 103, 105, 106, 108;
- Medida Provisória *ç* 2.200 *ç* 2, de 24 agosto de 2001;
- Normas da Instituição quanto ao acesso prontuário.
- Parecer CFM n° 08/2005;
- Parecer CFM n° 06/2010;
- Padrões de creditações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular GI.2 *ç* GI 1.12;
- Resoluções da ANS. (Lei n° 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN n° 21;
- Resoluções do CFM. *ç* n°. 1605/2000 *ç* 1638/2002 *ç* 1639/2002 *ç* 1642/2002.

4. Reafirmamos que as pesquisas que envolvam acesso e uso de prontuário médico devem ser analisadas pelo Sistema CEP/CONEP, contudo não cabe a tal sistema legislar sobre o acesso e uso do prontuário médico, porém cabe determinar o cumprimento do sigilo e da confidencialidade, além de exigir que toda pesquisa envolvendo seres humanos trate os mesmos em sua dignidade, respeite-os em sua autonomia e defenda-os em sua vulnerabilidade, conforme Resolução CNS 196/96, itens III.1. *ç* a *ç* e IV.1. *ç* g *ç*.

Benefícios:

Os resultados desse estudo poderão contribuir para incrementar o conhecimento sobre os indicadores obstétricos e neonatais acerca da assistência ao parto na água, tema ainda pouco investigado no Brasil. Assim como, desvelar as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais da saúde durante do processo de implantação e atenção ao parto na água. O conhecimento acerca desse tipo de assistência ao parto na saúde suplementar, poderá dar subsídios para a elaboração de estratégias de implantação nos serviços públicos de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proponente assinala que, como critério de Inclusão, serão incluídas no estudo mulheres que tiveram parto normal na maternidade estudada e seus recém-nascidos, no período de 2008 a 2012, ou seja, a partir do início da assistência ao parto na água. Bem como os médicos que tiveram a experiência de assistir parto na água e a equipe de enfermagem que atua na maternidade, no momento da coleta de dados, na assistência à mulher durante o parto na água.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**

Os profissionais deveriam ter acompanhado no mínimo cinco partos na água.

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos autos do Processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: (1) Folha de rosto; (2) Formulário Projeto da Pesquisa (incluindo: Orçamento e Patrocinador, e Cronograma de Execução); (3) projeto de pesquisa estruturado (Dissertação; incluindo todos os Instrumentos da Pesquisa); (4) TCLE, em duas versões a serem aplicadas a: (1) profissionais de saúde e (2) pacientes (mulheres); (5) Declaração de concordância dos responsáveis na instituição participante (Hospital e Maternidade Ilha).

Recomendações:

À luz dos documentos analisados, nenhuma recomendação se faz necessária até esta data.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que os objetivos e demais informações nos documentos inseridos nos Autos do presente Processo estão em conformidade com os termos da Legislação vigente que trata da ética na participação de seres humanos em pesquisa, encaminho voto favorável à Aprovação do Projeto em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer (voto Favorável à Aprovação do Projeto) foi colocado em discussão e Aprovado no Colegiado em 18/02/2013.

FLORIANOPOLIS, 27 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br