

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002180015>

## PARTO NA ÁGUA EM UMA MATERNIDADE DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DE SANTA CATARINA: ESTUDO TRANSVERSAL

*Tânia Regina Scheidt<sup>1</sup>, Odaléa Maria Brüggemann<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Enfermeira Obstétrica da Maternidade Carmela Dutra. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ainatrs@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: odalea.bruggemann@ufsc.br

**RESUMO:** Estudo transversal que identificou a prevalência de partos na água em uma maternidade de Santa Catarina e investigou a associação entre variáveis sociodemográficas e obstétricas e a escolha por essa modalidade de parto. Amostra de 973 mulheres que tiveram parto normal entre junho de 2007 a maio de 2013. Dados analisados por estatística descritiva e bivariada, estimadas prevalências e testadas associações por meio do teste qui-quadrado e calculado *odds ratio* bruto e ajustado. A prevalência dos partos na água foi de 13,7%. Das 153 mulheres que pariram na água, a maioria tinha de 20 a 34 anos (122), possuía companheiro (112), ensino superior (136), era primípara (101), sem intercorrências na gestação (129), internada na fase ativa do trabalho de parto (94). Não houve associação entre as características sociodemográficas e obstétricas com o desfecho, na análise bivariada, multivariada e no modelo ajustado. Mulheres com fonte de pagamento privado tiveram a oportunidade de parir na água.

**DESCRIPTORIOS:** Parto normal. Parto humanizado. Saúde suplementar. Prática clínica baseada em evidências.

## WATER BIRTH IN A MATERNITY HOSPITAL OF THE SUPPLEMENTARY HEALTH SECTOR IN SANTA CATARINA, BRAZIL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

**ABSTRACT:** The aim of this cross-sectional study was to identify the prevalence of water births in a maternity hospital of Santa Catarina, Brazil, and to investigate the association between sociodemographic and obstetric variables and water birth. The sample consisted of 973 women who had normal births between June 2007 and May 2013. Data was analyzed through descriptive and bivariate statistics, and estimated prevalence and tested associations through the use of the chi-square Test; the unadjusted and adjusted odds ratio were calculated. The prevalence of water births was 13.7%. Of the 153 women who had water birth, most were aged between 20 to 34 years old (122), had a companion (112), a college degree (136), were primiparous (101), had a pregnancy without complications (129) and were admitted in active labor (94). There was no association between sociodemographic characteristics and obstetric outcomes in the bivariate and multivariate analyses and in the adjusted model. Only women with private sources for payment had the opportunity to give birth in water.

**DESCRIPTORS:** Natural childbirth. Humanizing delivery. Supplemental health. Evidence-based practice.

## PARTO EN EL AGUA EN UNA MATERNIDAD DE SECTOR COMPLEMENTARIA DE SALUD DE SANTA CATARINA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

**RESUMEN:** Estudio transversal que identificó la prevalencia de partos en el agua en una maternidad de Santa Catarina, Brazil y investigó la asociación entre las variables sociodemográficas y obstétricas y la elección de esa modalidad de parto. La muestra fue compuesta por 973 mujeres que tuvieron su parto normal entre junio/2007 a mayo/2013. Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva y bivariado, se estimaron prevalencias y se testaron asociaciones por chi cuadro, se calculó *odds ratio* bruto y ajustado. La prevalencia de partos en el agua fue 13,7%. De las 153 mujeres que tuvieron su parto en el agua, la mayoría tenía de 20 a 34 años (122), tenían parejas (112), educación superior (136), primípara (101), sin complicaciones en la gestación (129), internada en la fase activa del parto (94). No hubo asociación entre las características sociodemográficas y obstétricas con el resultado en el análisis bivariado, modelo multivariado y ajustado. Las mujeres con forma de pago privado tuvieron la oportunidad de dar a luz en el agua.

**DESCRIPTORIOS:** Parto normal. Parto humanizado. Salud suplementar. Práctica clínica basada en la evidencia.

## 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.<sup>1</sup> A documentação do primeiro parto na água tem registro já em 1803, na França,<sup>2</sup> porém essa modalidade de parto passou a ser mais utilizada somente a partir da década de 1980, quando Michel Odent introduziu uma banheira em uma maternidade.<sup>1</sup>

Existem inúmeras pesquisas internacionais sobre o parto na água, que apresentam os resultados maternos e neonatais<sup>3-5</sup> do atendimento em maternidades,<sup>6</sup> em casas de parto<sup>7</sup> e no domicílio, sendo a maioria dos partos na água atendidos por parteiras.<sup>6</sup> Na Austrália, as mulheres podem optar em parir na água nesses três locais, tanto no setor público como no privado. Entretanto, no privado, elas são atendidas somente por médico.<sup>8</sup>

Alguns dos benefícios do parto na água são: aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento; maior mobilidade da mulher; diminuição da percepção dolorosa; contrações uterinas mais eficientes, o que acelera a dilatação cervical; redução do uso de analgesia, das intervenções no trabalho de parto, da realização de cesariana, traumas perineais e de experiências traumáticas de parto.<sup>9</sup>

A revisão sistemática, publicada na biblioteca *Cochrane*, ao mesmo tempo avaliou e apontou diversos benefícios quanto à imersão na água durante o trabalho de parto e parto; no entanto, trouxe poucas informações sobre o parto e sugeriu mais estudos. Ocorre uma redução da dor no período expulsivo e não aumenta a taxa de partos vaginais operatórios ou cesarianas, do Apgar do 5º minuto < 7, de internação do recém-nascido (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de infecção neonatal.<sup>4</sup>

Na realidade brasileira, não se sabe ao certo quais instituições de saúde oferecem à mulher a possibilidade de parir na água, sendo que não há banheira instalada na maioria dos centros obstétricos;<sup>10</sup> 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 (CPNs), nos quais o percentual está entre 10 e 15,3%,<sup>11-13</sup> e no domicílio, sendo que, nesse local, o percentual chega a 72,0%.<sup>14</sup>

Em 2004, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a incentivar o parto normal, como também, em 2008, publicou o projeto "Parto Normal está no meu Plano", visando informar à população sobre os riscos relacionados às cesaria-

nas desnecessárias e sobre os benefícios do parto normal. No entanto, não fez referência à assistência ao parto na água.<sup>15</sup>

No setor público de saúde, embora não haja um estímulo explícito ao atendimento do parto na água, existe o incentivo, por meio da 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.<sup>16</sup>

Considerando os benefícios do parto na água e a carência de investigações sobre essa prática no contexto brasileiro, é necessário obter indicadores dessa modalidade de assistência, uma vez que toda mulher saudável, com gestação a termo, deve ter a opção de parir na água,<sup>17</sup> após receber informações sobre seus riscos e benefícios. Assim, essa pesquisa objetivou identificar a prevalência de partos na água em uma maternidade de Santa Catarina e investigar a associação entre variáveis sociodemográficas e obstétricas e a escolha por este tipo de parto.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com coleta retrospectiva dos dados, realizado em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina (SC).

A maternidade iniciou o atendimento e a oferta de parto na água desde 2007. Para tanto, possui um quarto com banheira, no qual a parturiente permanece desde a internação até o pós-parto imediato. Cabe destacar que a maternidade atende a mulheres por meio de pagamento privado como também por convênios, e os atendimentos podem ser realizados também por médicos obstetras não plantonistas. Assim, a presença de acompanhante e/ou doulas, o uso de ocitocina, de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o estímulo à deambulação estão condicionados à prática adotada pelo médico que a parturiente escolhe para acompanhá-la.

Essa maternidade foi escolhida, pois se trata da única instituição com oferta de parto na água Florianópolis-SC.

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, uma vez que possibilitou a análise por ano completo. No entanto, para as demais análises, foram incluídas as mulheres que tiveram parto normal, com RN a termo, apresentação cefálica e gestação única, atendidas entre junho de 2007 e maio de 2013, totalizando

973. A definição desse período visou analisar todas as mulheres que tiveram a possibilidade de parir na água desde a inauguração da maternidade até o término da coleta de dados. Cabe destacar que para detectar uma frequência de 15,30% de parto na água, considerando o apontado para o cálculo amostral realizado no *OpenEpi* versão 3, pelo tamanho da população para fator de correção de população finita, limite de confiança 2,5% (para aumentar a possibilidade de verificar pequenas diferenças), efeito de desenho 1.0, com nível de confiança a 95%, seria necessária uma amostra de 796 mulheres.<sup>11</sup>

A coleta foi realizada entre janeiro a julho de 2013, pela pesquisadora e por duas bolsistas de iniciação científica, que foram treinadas e supervisionadas. Os dados foram extraídos manualmente de cada prontuário impresso que estava disponível no setor de arquivo da instituição e no livro de registro de nascimento, por meio de um formulário elaborado especificamente para a coleta de dados.

As variáveis classificadas como preditoras 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/sem companheiro), escolaridade (ensino fundamental; ensino médio e ensino superior), trabalho remunerado (sim/não), profissional médico que atendeu o parto (pré-natalista; plantonista), e financiamento do parto (convênio de saúde; sem convênio de saúde/particular). Além das 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)), batimento cardíaco fetal (BCF) na internação (sem/ com alteração), dinâmica uterina (presente/ausente), fase do trabalho de parto (latente - até 3cm de dilatação; ativa - acima de 3cm e de expulsão do feto), condições das membranas (íntegras; rotas), cor do líquido amniótico (claro; meconial). A variável de desfecho foi o local de parto: na água ou fora da água.

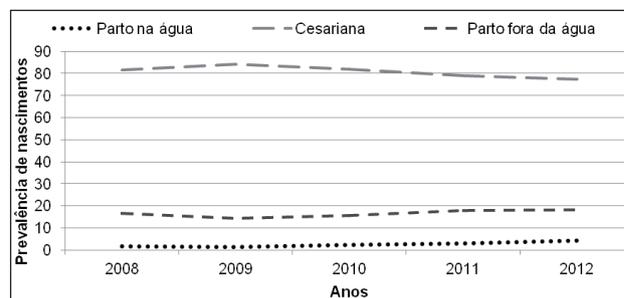
A base de dados foi construída no programa EpiInfo 7 (7.1.0.6) - versão 2012, sendo a digitação realizada pela pesquisadora principal, com posterior revisão e correção. Para análise estatística foi utilizado o *software* Stata SE 9.0. Foi realizada estatística descritiva bivariada e múltipla. Na análise descritiva foram utilizadas as medidas de tendência central e

dispersão, para variáveis contínuas, e as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Na análise bivariada, foram estimadas as prevalências e testada a associação entre as variáveis e o parto na água, com a utilização do teste qui-quadrado para verificar a diferença entre as proporções. A regressão logística foi utilizada para calcular as razões de chance (*odds ratio* - OR) brutas e ajustadas e os respectivos intervalos de confiança a 95%. 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 do primeiro bloco, as variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,05$ , que ajustaram o segundo bloco.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, através do número 207.310, de 18/02/2013. Para a autorização da utilização dos dados das mulheres que fizeram parte da amostra e seus RNs, foi realizada uma busca ativa por meio de contato telefônico, a fim de obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi, posteriormente, encaminhado por e-mail.

## RESULTADOS

No período entre 2008 e 2012, ocorreram 4.463 nascimentos, sendo 871 (19,5%) partos vaginais e 3.592 (80,5%) cesarianas. Constata-se que a taxa de cesarianas é bastante elevada em relação ao parto vaginal, chegando a 84,3% em 2009. Contudo, observa-se uma diminuição das cesarianas a partir de 2010, atingindo 77,4% em 2012 (Figura 1). A prevalência dos partos vaginais na água foi de 13,7% e fora da água foi de 86,3%. A partir de 2010, a prevalência do parto na água aumentou, atingindo o maior percentual em 2012 (19,0%) (Tabela 1).



**Figura 1 - Distribuição da prevalência dos partos normais na água, fora da água e das cesarianas em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde de Florianópolis-SC, 2008 a 2012. (n=4.463)**

**Tabela 1 - Distribuição da prevalência dos partos na água e fora da água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde de Florianópolis-SC, 2008 a 2012. (n=871)**

Local do parto	Anos					Total n (%)
	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	
Na água	12 (9,2)	10 (8,1)	19 (12,3)	30 (14,4)	48 (19,0)	119(13,7)
Fora da água	119(90,8)	114(91,9)	135(87,7)	179(85,6)	205 (81,0)	752(86,3)

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 (81,2%); era de cor branca (93,1%); possuía companheiro (69,6%); tinha concluído o ensino superior (86,9%); exercia trabalho remunerado (87,1%); foi assistida pelo plantonista da instituição (78,3%) e o parto foi financiado pelo convênio de saúde (86,2%).

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 da água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde de Florianópolis-SC, 2013. (n=973)**

	Local do parto			OR (IC95%)	ORaj (IC95%)
	Total n(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)		
Faixa etária (n=964)*					
13-19 anos	13(1,4)	1(7,7)	12(92,3)	0,45(0,05;3,50)	
20-34 anos	783(81,2)	122(15,6)	661(84,4)	(Ref.)	
35 anos ou mais	168(17,4)	29(17,3)	139(82,7)	1,13(0,72;1,76)	
Cor da pele (n=973)*					
Branca	906(93,1)	141(15,6)	765(84,4)	(Ref.)	
Negra/parda/ amarela	67(6,9)	12(17,9)	55(82,1)	1,18(0,61;2,26)	
Estado marital (n=967)*					
Com companheiro	673(69,6)	112(16,6)	561(83,4)	(Ref.)	
Sem companheiro	294(30,4)	40(13,6)	254(86,4)	0,78(0,53;1,16)	
Escolaridade (n=972)*					
Ensino fundamental	13(1,4)	1(7,7)	12(92,3)	(Ref.)	
Ensino médio	114(11,7)	16(14,0)	98(86,0)	1,95(0,23;16,11)	
Ensino superior	845(86,9)	136(16,1)	709(83,9)	2,30(0,29;17,84)	
Trabalho remunerado (n=973)*					
Não	126(12,9)	12(9,5)	114(90,5)	(Ref.)	(Ref.)
Sim	847(87,1)	141(16,6)	706(83,4)	<b>1,89(1,01;3,53)</b>	2,25(0,83;6,08)
Médico que atendeu o parto (n=554)*					
Pré-natalista	120(21,7)	17(14,2)	103(85,8)	(Ref.)	(Ref.)
Plantonista	434(78,3)	89(20,5)	345(79,5)	1,56(0,88;2,74)	1,49(0,82;2,70)
Financiamento do parto (n=973)*					
Sem convênio de saúde/particular	135(13,8)	15(11,2)	120(88,8)	(Ref.)	(Ref.)
Convênio de saúde	838(86,2)	138(16,5)	700(83,5)	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 (69,2%), sendo que 101 pariram na água e 572 fora

dela; apresentou idade gestacional entre 37 semanas e 40 semanas (69,5%); realizou de seis a oito consultas de pré-natal (43,8%); não apresentou intercorrências na gestação (87,5%). No momento da

internação, apresentava BCF sem alteração (91,6%), estava na fase ativa do trabalho de parto (57,6%), apresentando, assim, dinâmica uterina (91,7%). A bolsa amniótica estava íntegra (63,8%) e, quando

com bolsa rota, a maioria apresentava líquido amniótico claro (95,6%). 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 da água em uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde de Florianópolis-SC, 2013. (n=973)**

	Local de parto			OR (IC95%)	ORaj (IC95%)
	Total n(%)	Na água n(%)	Fora da água n(%)		
Paridade (n=973)*					
Primípara	673(69,2)	101(15,0)	572(85,0)	(Ref.)	
Múltipara	300(30,8)	52(17,3)	248(82,7)	1,18(0,82;1,71)	
Idade gestacional (n=941)*					
37,00 - 40,00	654(69,5)	103 (15,7)	551(84,3)	(Ref.)	
40,01 - 42,02	287(30,5)	47 (16,4)	240(83,6)	1,04(0,71;1,52)	
Consultas de pré-natal (n=903)*					
< 6 consultas	71(7,9)	10(14,1)	61(85,9)	(Ref.)	
6–8 consultas	396(43,8)	62 (15,7)	334(84,3)	1,13(0,55;2,32)	
9–11 consultas	375(41,5)	67(17,9)	308(82,1)	1,32(0,64;2,72)	
>11 consultas	61(6,8)	8(13,1)	53(86,9)	0,92(0,33;2,50)	
Intercorrências na gestação (n=973)*					
Sem intercorrências	851(87,5)	129(15,2)	722(84,8)	(Ref.)	
DHEG/HAS†	15(1,5)	4(26,7)	11(73,3)	2,03(0,63;6,48)	
ITU‡	10(1,0)	2(20,0)	8(80,0)	1,59(0,63;4,03)	
Hipotireoidismo	26(2,7)	2(7,7)	24(92,3)	0,46(0,10;1,99)	
DM/DMG‡	27(2,8)	6(22,2)	21(77,8)	1,39(0,29;6,66)	
Outras	44(4,5)	10(22,7)	34(77,3)	1,64(0,79;3,41)	
BCF§ (n=926)*					
Sem alteração	848(91,6)	135(15,9)	713(84,1)	(Ref.)	
Com alteração	78(8,4)	12(15,4)	66(84,6)	0,96(0,50;1,82)	
Dinâmica uterina (n=915)*					
Presente	839(91,7)	136(16,2)	703(83,8)	(Ref.)	
Ausente	76(8,3)	11(14,5)	65(85,5)	0,87(0,44;1,70)	
Fase do parto (n=936)*					
Latente	382(40,8)	50(13,1)	332(86,9)	(Ref.)	(Ref.)
Ativa	539(57,6)	94(17,4)	445(82,6)	1,40(0,96;2,03)	0,91(0,41;2,03)
Fase de expulsão	15(1,6)	2(13,3)	13(86,7)	1,02(0,22;4,66)	2,73(0,20;36,41)
Condições das membranas (n=928)*					
Íntegras	592(63,8)	86(14,5)	506(85,5)	(Ref.)	
Rotas	336(36,2)	61 (18,1)	275(81,9)	1,30(0,91;1,86)	
Líquido amniótico (n=271)*					
Claro	259 (95,6)	43(16,6)	216(83,4)	(Ref.)	(Ref.)
Meconial	12(4,4)	2(16,7)	10(83,3)	1,00(0,21;4,74)	0,35(0,03;3,21)

\*Ajustado por: paridade, faixa etária; †DHEG: Doença Hipertensiva Específica da Gestação; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; ITU: Infecção do Trato Urinário; DM: Diabetes *mellitus*; DMG: Diabetes *mellitus* Gestacional. §BCF: batimento cardíaco fetal

## DISCUSSÃO

As publicações científicas mostram que 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 de Florianópolis-SC. Em 2012, atingiu cerca de 20% dos partos

normais, percentual que cresceu desde 2010. A partir desse ano, os índices do parto na água da maternidade estudada são superiores aos de em alguns CPNs no Brasil, que também disponibilizam essa modalidade de nascimento, estando em torno de 10% e 15,3%.<sup>11-13</sup>

Em pesquisas internacionais, a prevalência de parto na água é de até 13%,<sup>18-19</sup> contudo, estudo realizado na Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, em 2012, apresenta prevalência bem acima dos demais, atingindo 55,7%.<sup>20</sup> Vale ressaltar que a maior parte dos resultados publicados 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.<sup>18</sup>

As parturientes no Reino Unido têm amplo acesso ao parto na água em instituições de saúde. Em 2007, em torno de 95% das maternidades já possuíam banheira. Além disso, esse tipo de atenção também é disponibilizada no domicílio.<sup>20</sup> Essa realidade é semelhante a da Austrália, na qual as parturientes podem ser assistidas na água em maternidades, CPN ou no domicílio.<sup>8</sup> Em Florianópolis-SC, apenas a instituição de saúde estudada, que pertence ao Setor Suplementar de Saúde, disponibiliza esse tipo de assistência, ou seja, apenas as mulheres com convênio de saúde ou com recursos próprios têm possibilidade de parir na água. Pode-se inferir que existe uma desigualdade social ao acesso ao parto na água. O Sistema Único Saúde (SUS), estabelece, entre seus princípios e suas diretrizes, a "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie".<sup>21:18056</sup> Nesse caso, observa-se que esse princípio não está sendo respeitado e cumprido, pois as mulheres assistidas no SUS não têm a opção de parir na água.

A taxa de cesarianas na instituição em estudo é elevada, atingiu 82% 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%.<sup>22</sup> A forma de nascimento no Brasil tem assumido um caminho cada vez mais destoante das recomendações da Organização Mundial de Saúde, uma vez que a taxa de cesarianas não deve ultrapassar 15%.<sup>23</sup>

Estudo transversal realizado no Estado de São Paulo, com 156 gestantes de classe média assistidas em clínica privada, apontou que 43,0% delas já haviam optado pela cesariana durante o pré-natal.<sup>24</sup> Já em outro estudo, que também abordou a preferência das mulheres quanto à via de nascimento e formas de parto, apresenta uma discordância entre o que os médicos declararam como desejo das mulheres, e o que elas próprias almejavam. Das mulheres que vivenciaram as duas vias de nascimento, 90% desejavam ter parto normal.<sup>25</sup>

O fato de o parto na água não estar disponível para as mulheres no setor público de Florianópolis

-SC reflete negativamente na formação e atualização dos profissionais de saúde, uma vez que eles perdem a oportunidade de experienciar esse tipo de atenção ao parto nas maternidades utilizadas como campo de estágio na graduação e residências médica e de enfermagem, dificultando a ampliação dessa prática. É essencial que os profissionais que assistam o parto na água, sejam treinados e tenham experiência nessa modalidade para que saibam manejar as intercorrências, caso elas aconteçam.<sup>3</sup>

Com relação às características sociodemográficas das mulheres estudadas, que tiveram parto normal na água e fora dela, observa-se que são mulheres com elevada escolaridade, que possuem fonte de renda própria e com acesso ao pré-natal. Isso já era esperado, uma vez que se trata de uma maternidade do Setor Suplementar de Saúde, na qual as usuárias podem usufruir do convênio de saúde para ter acesso à assistência ao parto na água, inclusive com o médico plantonista.

O perfil das mulheres que optaram em parir na água é semelhante ao apresentado em estudos realizados em outros países, nos quais a maioria das mulheres estava em idade reprodutiva, entre 21 e 34 anos,<sup>18,26-28</sup> era de cor branca<sup>28</sup> e possuía companheiro.<sup>29</sup> Contudo, ao se comparar com as características das mulheres que pariram em Florianópolis-SC em 2011, as quais, em sua maioria, não possuía companheiro, estudou de oito a 11 anos e 20% eram adolescentes, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos,<sup>30</sup> é notório que as mulheres que têm acesso e optam pelo parto na água pertencem a um grupo diferenciado.

Em estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, as características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas de puérperas assistidas em duas instituições do Setor de Saúde Suplementar, independentes da via de parto, apontou que a maioria das mulheres era primípara, entre 20 e 34 anos, com ensino médio completo e incompleto, com companheiro, de cor parda e negra e com ocupação remunerada.<sup>31</sup> Ao comparar essa realidade com a do presente estudo, observa-se que a cor da pele e a escolaridade das mulheres são diferentes, o que, provavelmente, está relacionado à região do país onde os estudos foram realizados.

No presente estudo, 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 indicasse 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, independentemente da paridade e faixa etária. Chama a atenção o fato de que a maior parte das mulheres está na idade reprodutiva recomendada, de risco habitual, vivenciando seu primeiro parto, sendo admitidas na instituição na fase ativa do trabalho de parto. É notório que são mulheres com acesso ao serviço de saúde, uma vez que a maioria delas fez sete ou mais consultas de pré-natal, número acima do recomendado pelo Ministério da Saúde.<sup>32</sup>

Quanto à paridade, observou-se que as primíparas são as que mais têm filhos na água, embora sem diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as múltiparas. Esse resultado é semelhante a uma pesquisa realizada na Suíça.<sup>19</sup> Contudo, diverge de vários estudos sobre essa temática,<sup>5,26-27</sup> nos quais a maioria das mulheres que pariu na água era múltipara. A busca pelo parto na água pelas múltiparas pode ser motivada por experiências negativas de partos anteriores.<sup>18</sup> As mulheres, quando optam pelo parto na água, procuram uma forma de relaxar, de ter conforto e de evitar intervenções indesejadas, ou seja, acreditam ser uma forma de nascimento mais natural.<sup>33</sup>

Cabe destacar que a maioria das mulheres estudadas 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. Há de se considerar que na instituição não há um protocolo para a assistência ao parto na água, o que pode ter contribuído para que essas gestantes não tivessem sido excluídas dessa modalidade. Diversos protocolos internacionais descrevem a prática do parto na água, trazendo as indicações e contra-indicações.<sup>17,34</sup> Observa-se que, entre as mulheres com indicação para o parto na água, estão as de risco habitual, sem fatores de risco intraparto<sup>16,34</sup> e com fetos a termo.<sup>35-36</sup>

Pesquisa que analisou 3.617 partos na água, apenas 32 mulheres tinham fatores de risco no processo parturitivo, entre eles pré-eclâmpsia e hipertensão na gestação. Alguns autores defendem que a mulher pode escolher onde deseja parir, independentemente de apresentar algum fator de risco.<sup>36</sup> Entretanto, deve ser garantido que essas mulheres tenham um controle rigoroso da frequência cardíaca fetal intraparto e devem ser orientadas que, caso alguma alteração seja identificada, o parto na água será impossibilitado.<sup>37</sup>

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.<sup>38</sup> Estudo realizado com 8.818 mulheres nos Estados Unidos, o qual comparou os resultados maternos e neonatais de mulheres internadas na fase latente do trabalho de parto com as internadas na fase ativa, demonstrou associação entre a internação precoce com o uso de ocitocina, analgesia e intubação de neonatos.<sup>39</sup>

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.<sup>35</sup> Outro protocolo do mesmo país refere que, na presença de mecônio moderado a espesso, o parto na água deve ser interrompido.<sup>34</sup> 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 fetal, podendo ser necessário cessar a assistência na água.<sup>37</sup>

As limitações deste estudo são relacionadas com a coleta retrospectiva dos dados, uma vez que algumas variáveis estudadas não estavam registradas em todos os prontuários e nem existia um padrão para a descrição das práticas assistenciais. Além disso, não havia informação de que o parto ocorrera na água tanto no livro de registro de nascimento quanto na estatística do serviço, sendo necessária realizar a busca por essa informação em todos os prontuários da instituição. Com essa falta de registros adequados, 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, há restrições para a generalização dos achados. Além disso, por tratar de um serviço em que as cesarianas são realizadas massivamente, as mulheres que optaram pelo parto na água provavelmente são as que estavam motivadas para o parto normal, que possuíam informação sobre esse modo de nascimento e foram apoiadas pelo companheiro. Apesar de todas essas limitações, considera-se que este estudo

pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre o parto na água, no contexto assistencial brasileiro, o qual passa, atualmente, por transformações com vistas a resgatar o parto normal.

## CONCLUSÕES

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 por volta 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, a realização de outras pesquisas, no Brasil, com desenhos mais robustos são necessárias. Considera-se que os resultados maternos e neonatais dessa modalidade de parto devem ser amplamente estudados e que essa prática possa ser adotada nas maternidades públicas, uma vez que é direito das mulheres decidirem onde e como desejam parir, independentemente de sua condição social, idade, escolaridade ou cor da pele.

## REFERÊNCIAS

1. Odent M. Água e sexualidade. São José (SC): Saint Germain; 2004.
2. Church LK. Waterbirth: one birthing center's observation. *J Nurse-Midwifery*. 1989 Jul-Aug; 34(4):165-70.
3. Young K, Kruske S. How valid are the common concerns raised against water birth? A focused review of the literature. *Women Birth*. 2013 Jun; 26(2):105-9.
4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth (Review). *The Cochrane Library*. 2012 Issue 2.
5. Menakaya U, Albayati S, Vella E, Fenwick J, Angstetra D. 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 Jun; 26(2):114-8.
6. Meyer SL, Weible CM, Woeber K. Perceptions and practice of waterbirth: a survey of Georgia midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2010 Jan-Feb;55(1):55-9.
7. Dahlen HG, Dowling H, Tracy M, Schmied V, Tracy S. 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*. 2013 Jul; 29(7):759-64.
8. Thompson R, Wojcieszek AM. Delivering information: a descriptive study of Australian women's information needs for decision-making about birth facility *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Jun 18;12:51.
9. Mackey M. Use of water in labor and birth. *Clin Obstet Gynecol*. 2001 Dec; 44(4):733-49.
10. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Out-Dez; 19(4):774-82.
11. Azevedo LGF. Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2008.
12. Pereira ALF. O Processo de implantação da casa de parto no contexto do sistema único de saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci [tese] Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007.
13. Costa RF. As práticas educativas na casa de parto David Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2007.
14. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012 Aug; 46(4):747-50.
15. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório [internet] Rio de Janeiro (RJ): ANS, 2009. [cited 2015 Jun 07]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_setor\\_suplementar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_setor_suplementar.pdf)
16. Brasil. 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*, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Royal College of Midwives (RCM). Joint statement No.1. Immersion in water during labour and birth [internet]. London (EN): RCOC and RCM; 2006 [cited 2015 Jun 07]. Available from: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/rcog\\_rcm\\_birth\\_in\\_water.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/rcog_rcm_birth_in_water.pdf)

18. Zanetti-Daellebach RA, Lapaire O, Maertens A, Holzgreve W, Hösli I. Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study. *Arch Gynecol Obstet*. 2006 Oct; 274(6):355-365.
19. Schrocksnadel H, Kunczicky V, Meier J, Brezinka C, Oberaigner W. Water birth: experience at a university clinic and a district hospital in Austria. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*. 2003 Jan; 43(1):7-11.
20. Burns EE, Boulton MG, Cluett E, Cornelius VR, Smith LA. Characteristics, interventions, and outcomes of women who used a birthing pool: a prospective observational study. *Birth*. 2012 Sep; 39(3):192-202.
21. Brasil. 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*, 20 set. 1990. Seção 1, p. 018055.
22. Ministério da Saúde (BR). 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 [internet]. Brasília (DF): MS; 2012. [cited 2015 Jun 07]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf)
23. Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Wojdyla D. Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control. *World Health Report, Background Paper*, nº 29. WHO; 2010.
24. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev Saúde Pública*. 2006 Apr; 40(2):226-32.
25. Faúndes A, Pádua KS, Osís MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública*. 2004 Ago; 38(4):488-494.
26. Demirel G, Moraloglu O, Celik IH, Erdeve O, Mollamahmutoglu L, et al. The effects of water birth on neonatal outcomes: a five-year result of a referral tertiary centre. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013 May; 17(10):1395-8.
27. Mollamahmutoglu L, Moraloglu O, Ozyer S, Su FA, Karayalçin R, Hançerlioğlu N, 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*. 2012 Mar; 13(1):45-9.
28. Woodward J, Kelly SM. A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth. *BJOG*. 2004 Jun; 111(6):537-45.
29. Cluett ER, Pickering RM, Getliffe K, Saunders NJSG. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ*. 2004 Jan; 328(7435):314-9.
30. DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS [Internet]. Brasília (DF): MS; 2013 [cited 2013 Nov 07]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defectohtm.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>.
31. Dias ABD, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Sept-Oct; 13(5):1521-34.
32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): MS; 2012 [cited 2015 Jun 07]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
33. Maude RM, Foureur MJ. It's beyond water: stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women and Birth*. 2007 Mar; 20(1):17-24.
34. Sim J. Water immersion during labour and birth (practice guidelines) – NSCCAHS. Division of women, children's and family health. Austrália (AU): Northern Sydney Central Coast Health; 2011. [cited 2015 Jun 07]. Available from: <http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/726.pdf>
35. Western Australia (WA). Department of Health. WA labour & birth in water clinical guidelines. Perth (AU): Health Networks Branch; 2009 [cited 2015 Jun 07]. Available from: <http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/426.pdf>
36. Royal College of Midwives (RCM). Position Paper No 1a - The use of water in labour and birth. London (UK): RCM; 2005.
37. Geissbuehler V, Stein S, Eberhard J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. *J. Perinat. Med*. 2004 Jul; 32(4):308-14.
38. Ministerio de Sanidad y Política Social (ESP). Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Vasco (ES): Servicio Central de Publicaciones del Gobierno; 2011. [cited 2015 Jun 07]. Available from: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_PartNormal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_PartNormal_Osteba_compl.pdf)
39. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstetrics Gynecology*. 2005 Jan; 105(1):77-9.

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

Recebido: 11 de junho de 2015  
Aprovado: 12 de fevereiro de 2016