

Desfechos perineais e as variáveis associadas no parto na água e no parto fora da água: estudo transversal

Joyce da Costa Silveira de Camargo ¹
 <https://orcid.org/0000-0001-9171-0865>

Natalúcia Matos Araújo ⁶
 <https://orcid.org/0000-0003-1353-6245>

Vitor Varela ²
 <https://orcid.org/0000-0003-1873-251X>

Nadia Narchi ⁷
 <https://orcid.org/0000-0003-0075-2360>

Fernanda Marçal Ferreira ³
 <https://orcid.org/0000-0003-3383-1540>

Maria Elisabete Santos ⁸
 <https://orcid.org/0000-0002-7618-5449>

Christiane Borges do Nascimento Chofakian ⁴
 <https://orcid.org/0000-0002-5953-3296>

Manuela Nené ⁹
 <https://orcid.org/0000-0002-4916-2663>

Ruth Hitomi Osava ⁵
 <https://orcid.org/0000-0002-8618-5864>

Catarina Grande ¹⁰
 <https://orcid.org/0000-0003-4675-6279>

^{1,4,5,6,7} Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo. Rua Arlindo Bettio, 1000. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 03.828-000. E-mail: joyce@usp.br

^{2,8} Hospital de São Bernardo. Setúbal, Portugal.

³ Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

⁹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa, Portugal.

¹⁰ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Resumo

Objetivos: descrever os resultados perineais de mulheres que tiveram parto na água e fora da água.

Métodos: estudo transversal e quantitativo desenvolvido em um hospital público de Setúbal, Portugal. A população foi de mulheres que participaram do “Projeto Parto na Água”, no período de 2011 a 2014, que deram à luz na água e fora da água. Foram selecionadas para o estudo 104 mulheres de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Os grupos foram comparados de acordo com as seguintes variáveis: demografia, informação obstétrica, assistência ao parto e resultados perineais. Os dados foram analisados no software Stata®, com estatística descritiva e bivariada (qui-quadrado e teste de Fisher).

Resultados: foram estudados os prontuários de 73 mulheres que deram à luz na água e 31 mulheres que deram à luz fora da água. Os partos na água foram significativamente associados a menos lacerações perineais, menores taxas de episiotomia e menor tempo de parto.

Conclusão: os resultados do estudo sugerem que o parto na água tem um efeito protetor contra lacerações perineais severas de terceiro ou de quarto grau durante a expulsão fetal na água.

Palavras-chave *Episiotomia, Períneo, Parto normal, Parto, Tociologia*



Introdução

O trauma perineal é um evento frequente em primíparas que passam pelo parto vaginal.¹ Aproximadamente dois terços destas mulheres apresentam lacerações em graus variados.² A incisão cirúrgica realizada no períneo é denominada episiotomia. Enquanto os traumas perineais espontâneos são denominados lacerações, que possuem classificação própria e podem variar de primeiro até quarto grau de acordo com a classificação adotada e o tecido perineal lesionado.²

A classificação de trauma perineal que ganhou maior aceitação é a proposta pela *United Kingdom Obstetrics and Gynaecology Real College*, que foi adotada pelo *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*³ e classifica em primeiro grau as lacerações espontâneas quando a lesão é limitada à pele e / ou tecido conjuntivo sem sangramento ou com sangramento mínimo. Uma laceração de segundo grau atinge os músculos perineais, preservando o esfíncter anal. Traumas perineais graves são classificados em terceiro e quarto graus. Uma laceração de terceiro grau atinge o complexo do esfíncter anal e, se subdivide em três tipos, como se segue: a) quando menos de 50% da profundidade do esfíncter anal é rompida; b) quando mais de 50% da profundidade do esfíncter anal é rompida; e c) quando todo o esfíncter anal é rompido. O quarto grau ocorre quando o trauma perineal atinge a membrana da mucosa retal.

Normalmente, as lacerações de primeiro e segundo grau não exigem tratamento e se curam espontaneamente, sem sequelas. No entanto, traumas de terceiro e quarto graus causam problemas significativos no período pós-parto,^{4,5} resultando em implicações de saúde a médio e longo prazo, como a incontinência intestinal.⁵⁻⁹ A prevalência de trauma perineal depende de vários fatores e pode estar associado a condições fetais e maternas, a um parto normal por si só e a episiotomia, que pode ter um impacto mais grave que a laceração espontânea.^{4,10}

A episiotomia feita intencionalmente pelos profissionais de saúde tipicamente atinge o músculo transverso superficial do períneo e o músculo bulbocavernoso. Esse tipo de corte no períneo para o nascimento foi incorporado à rotina de assistência obstétrica em hospitais. Mas, nos últimos anos, a episiotomia começou a ser questionada como um procedimento de rotina para evitar trauma perineal durante um parto normal. Em uma revisão sobre esse assunto, a aplicação perineal de compressas quentes teve um efeito positivo na redução de lacerações de terceiro e quarto graus [risco relativo (RR) 0,48,

índice de confiança de 95% (IC): 0,28-0,84]. Com base nas evidências da compressa quente, é possível que a imersão em água quente represente um processo semelhante.⁴

O parto na água ou a expulsão do recém-nascido na água durante o parto geralmente ocorrem durante a imersão completa do abdômen da mulher durante o parto em uma piscina ou banheira grande o suficiente para possibilitar liberdade de movimento para a mãe, permitindo que ela mude de posição dentro da água.¹¹ Portanto, o conceito de parto na água inclui imersão fetal subaquática no momento do nascimento.¹²

O primeiro relato de parto na água em revistas médicas aparece em 1805 na França.^{13,14} Odent foi o segundo autor a relatar um parto na água em uma publicação científica, em Pithiviers, França, na década de 1970, com 100 nascimentos ocorridos em piscinas de 2 metros de diâmetro e aproximadamente 0,7 metros de profundidade, à temperatura de 37°C, em que as mulheres possuíam liberdade de movimento e posicionamento confortável para o parto.¹⁴

O *Royal College of Midwives (RCM)* apóia o parto em água, disponível no Reino Unido desde os anos 1980. Os benefícios da imersão na água durante o trabalho de parto são o alívio da dor, a liberdade de movimento e a possibilidade de ter uma experiência holística e privada para a mulher e seu parceiro, resultando em grande satisfação materna com a experiência do parto.¹⁵

O parto na água está fortemente associado à redução da sensação dolorosa e a menores taxas de analgesia epidural; no entanto, seus efeitos sobre os desfechos perineais ainda não são conhecidos.¹¹ Nosso estudo tem como objetivo descrever os desfechos perineais de mulheres que tiveram parto dentro da água e fora da água, com a expectativa de que aquelas mulheres que tiveram parto na água tenham tido maior preservação do períneo.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que foi conduzido em Setúbal, Portugal, único município português com um Projeto de Parto na Água (PPA), no Hospital São Bernardo, uma instituição pública totalmente financiada pelo Serviço Nacional de Saúde do país.

A população do estudo foi composta por mulheres participantes do PPA, que deram à luz na água ou fora da água de 2011 a 2014. Os critérios de inclusão foram que as mulheres deveriam participar do PPA, ter gestação de baixo risco, ter parto natural e ter os desfechos perineais descritos em prontuário clínico. Os critérios de exclusão foram partos instru-

mentais.

Este estudo adotou o conceito de gravidez de baixo risco da Direção Geral de Saúde de Portugal, segundo a qual uma gravidez de baixo risco é aquela em que não é possível identificar, após uma avaliação clínica de acordo com a avaliação de risco pré-natal com base na escala de Goodwin modificada, nenhum fator aumentado de risco à saúde materna, fetal e/ou neonatal.¹⁶

Um protocolo definido pela equipe técnico-científica do hospital especificamente para o PPA estipulou que as mulheres deveriam permanecer em imersão por duas horas na água durante o trabalho de parto e em diferentes temperaturas da água de acordo com o estágio do trabalho de parto: fase latente: 37°C; dilatação de até 8 cm: 35 °C-37°C; fase expulsiva: 33°C-35°C; após o nascimento: 35°C-37°C.

Todos os dados foram coletados nos prontuários médicos pelas parteiras que assistiram os partos, utilizando um formulário específico para a PPA. O registro incluiu o histórico obstétrico das mulheres, características da imersão em água, informações sobre o trabalho de parto e parto e desfechos maternos e neonatais. Todas as informações dos prontuários foram coletadas em abril de 2016 de todas as participantes elegíveis. Foram estudados noventa registros médicos de nascimentos na água e 63 registros médicos de nascimentos fora da água. Foram excluídas as mulheres que haviam planejado um parto na água, mas tiveram que mudar para um parto cirúrgico (cesariana ou parto vaginal instrumental). Além disso, foram excluídos os dados de 17 nascimentos na água e 12 nascimentos fora da água, devido a falha no registro. Foram analisados os prontuários médicos de 73 participantes cujos desfechos foram partos na água e 31 mulheres que tiveram partos fora da água (Figura 1).

As variáveis investigadas foram: idade da mulher, paridade, duração do trabalho de parto, peso do recém-nascido, desfecho perineal, modalidade de parto (na água ou fora da água), histórico obstétrico e puxo dirigido.

Para gerenciamento e armazenamento de dados, utilizamos o *software Microsoft Excel*[®]. Todos os dados foram transferidos para o Stata (*Stata Corporation, College Station, TX, EUA*), versão 14.2. A estatística descritiva foi feita através de frequências absolutas e relativas e a análise bivariada, através de correlações utilizando o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher (IC95%).

Esta pesquisa tem aprovação ética da Comissão Nacional de Proteção de Dados de Pesquisa de Portugal (9885/2015 e 5145/2015) e do Comitê de

Ética em Saúde do Hospital São Bernardo (68/2015).

Resultados

Um total de 104 participantes do PPA foi distribuído de acordo com variáveis demográficas e obstétricas e de acordo com o desfecho perineal. Das participantes, 69,2% tinham mais de 30 anos de idade. Aproximadamente dois terços das participantes do estudo (64,4%) eram primíparas. Entre todas as múltiparas, 72,9% tiveram apenas um filho. Contando desde o momento da internação, as mulheres tiveram trabalho de parto com duração inferior a 8 horas em 78,9% dos casos e menos de 4 horas em 40,4% dos casos (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a proporção de mulheres por tipo de parto (na água ou fora da água), de acordo com características relacionadas à gestação, trabalho de parto e parto.

A Tabela 3 apresenta a proporção de mulheres por grau de laceração perineal, segundo características da gestação, trabalho de parto e parto. As variáveis 'Parto', 'Puxo Dirigido' e 'Duração do trabalho de parto' foram associadas a resultados perineais ($p < 0,05$).

Discussão

As mulheres selecionadas para o PPA tinham as mesmas características sociodemográficas e história obstétrica semelhante. A maioria das mulheres (73,1%) completou a gestação a termo, ou seja, entre 39 0/7 e 40 6/7 semanas. Em relação a essa classificação, nosso estudo adotou a definição de idade gestacional da Associação Americana de Obstetrícia e Ginecologia,¹⁷ que define a gestação precoce como aquelas entre 37 semanas completas (0/7) e 38 semanas mais 6 dias (6/7); gestação a termo como aquelas entre 39 semanas completas (0/7) e 40 semanas mais 6 dias (6/7); gestação tardia como aquelas entre 41 semanas completas (0/7) e 41 semanas mais 6 dias (6/7); e gestação pós-termo com 42 semanas ou mais. É importante notar que não houve diferença estatisticamente significativa na idade gestacional entre os dois grupos deste estudo.

Em relação à duração do trabalho de parto, ocorreu diferença significativa entre os dois grupos, com maior duração do trabalho de parto no grupo que teve parto fora da água, em comparação com o grupo que teve parto na água.

Odent¹⁸ propôs esse método, sobretudo, às gestantes que tiveram trabalho de parto prolongado e doloroso. Em 2015, Odent¹⁸ explicou que todas as mulheres que entraram na piscina teriam alívio

Figura 1

Participantes do Projeto Parto na Água (PPA), 2011 a 2014, Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal.

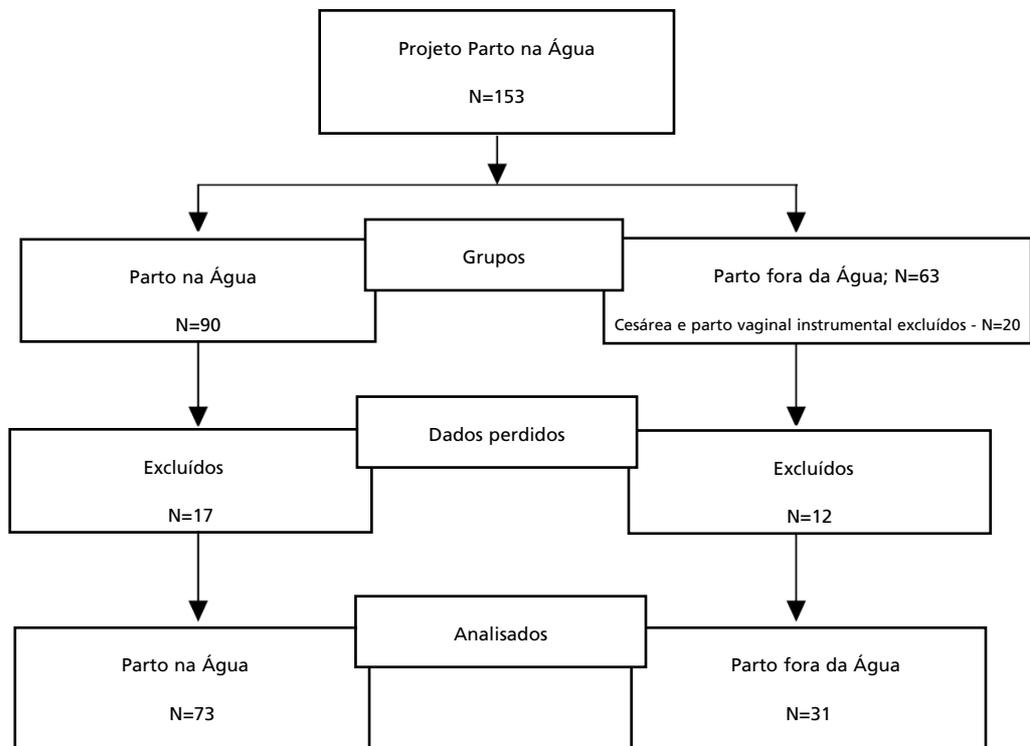


Tabela 1

Variáveis demográficas e obstétricas, desfechos perineais e neonatais das participantes. Projeto Parto na Água (PPA), Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal, 2011-2014 (N = 104).

Variáveis	N	%
Idade materna (anos)		
< 30	32	30,8
30-35	51	49,0
≥ 36	21	20,2
Idade gestacional (semanas+dias)		
37+0 a 38+6	16	15,4
39+0 a 40+6	76	73,1
41+0 a 41+6	12	11,5
42 ou mais	0	-
Paridade		
Primíparas	67	64,4
Múltiparas	37	35,6
Parto a termo (histórico obstétrico)		
Nenhum	67	64,4
Um	27	26,0
Dois	09	8,7
Três	01	0,9

continua

Tabela 1

conclusão

Variáveis demográficas e obstétricas, desfechos perineais e neonatais das participantes. Projeto Parto na Água (PPA), Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal, 2011-2014 (N = 104).

Variáveis	N	%
Duração do trabalho de parto (horas)		
≤ 4	42	40,4
5-8	40	38,5
> 8	22	21,1
Peso do recém-nascido (g)		
< 2.500	02	1,9
≥ 2.500-4.000	97	93,3
> 4.000	05	4,8
Desfecho perineal		
Períneo íntegro	17	16,3
Laceração de primeiro grau	37	35,6
Laceração de segundo grau	30	28,8
Laceração de terceiro grau	6	5,8
Episiotomia	14	13,5

Tabela 2

Proporção de mulheres por modalidade de parto (parto na água ou parto fora da água), segundo características da gestação, trabalho de parto e parto. Projeto Parto na Água (PPA), Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal, 2011-2014.

Variáveis	Parto na água		Parto fora da água		p*
	n	%	n	%	
Idade materna (anos)					0,332
< 30	23	31,5	09	20,0	
30-35	38	52,1	13	41,9	
≥36	12	16,4	09	29,1	
Idade gestacional (semanas+dias)					0,880
37+0 a 38+6	12	16,4	04	12,9	
39+0 a 40+6	53	72,6	23	74,2	
41+0 a 41+6	08	11,0	04	12,9	
42 ou mais	0	-	0	-	
Número de gestações					0,759
Primigesta	40	54,8	18	58,1	
Multigesta	33	45,2	13	41,9	
Paridade					0,382
Primíparas	49	67,1	18	58,1	
Múltiparas	24	32,9	13	41,9	
Duração do trabalho de parto (horas)					0,001
≤ 4	36	49,3	06	19,4	
5-8	28	38,4	12	38,7	
≥8	09	12,3	13	41,9	
Puxo dirigido					<0,001
Não	53	72,6	10	32,3	
Sim	20	27,4	21	67,7	

*Teste qui-quadrado e Teste de Fisher.

continua

Tabela 2

conclusão

Proporção de mulheres por modalidade de parto (parto na água ou parto fora da água), segundo características da gestação, trabalho de parto e parto. Projeto Parto na Água (PPA), Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal, 2011-2014.

Variáveis	Parto na água		Parto fora da água		p*
	n	%	n	%	
Desfecho perineal					<0,001
Períneo íntegro	12	16,4	05	16,1	
Episiotomia	01	1,4	13	41,9	
Laceração de primeiro grau	30	41,1	07	22,6	
Laceração de segundo grau	30	41,1	0	-	
Laceração de terceiro grau	0	-	06	19,4	
Peso do recém-nascido (g)					1,000
< 2.500	02	2,7	0	-	
≥ 2.500-4.000	67	91,8	30	96,8	
≥ 4.001	04	5,5	01	3,2	
Total	73	100,0	31	100,0	

*Teste qui-quadrado e Teste de Fisher.

imediate da dor e redução dos hormônios do estresse. Como os hormônios do estresse e a ocitocina são antagônicos, o resultado seria, em pouco tempo, um pico no nível de ocitocina e acentuado progresso na dilatação cervical. Assim, pode-se supor que quando o trabalho de parto na água não evolui de acordo com o prazo esperado (2 horas) ou menos, os efeitos benéficos da água não ocorreram (evidenciado pela falta de contrações uterinas).¹⁸

Parece que o relaxamento materno devido à imersão em água morna favorece uma maior elasticidade dos tecidos pélvicos, reduz a sensação dolorosa de contrações e diminui o número de intervenções obstétricas desnecessárias, como *fórceps* ou ventosas, episiotomias e ocorrência de traumas perineais graves.^{19,20} Essa diminuição de lacerações perineais graves foi apontada no presente estudo.

Em 1993, um estudo²¹ mostrou que as aplicações de calor na pele e tecido mucoso provocam vasodilatação periférica, causando aumento no retorno venoso. Esses efeitos aliviam a dor porque reduzem espasmos musculares; no entanto, a redistribuição circulatória ocorre em detrimento de outras áreas, como o músculo uterino. Portanto, o autor duvidou que fosse uma boa ideia manter as mulheres em trabalho de parto imersas em água por um longo período de tempo.²¹ Por esse motivo, o protocolo seguido no presente estudo definiu o tempo máximo de imersão em duas horas durante o trabalho de parto e o parto na água.

A duração do trabalho de parto nos nascimentos aquáticos foi significativamente menor quando comparada aos nascimentos fora da água (Tabela 2),

mas considerando que se trata de um estudo transversal, no qual a exposição e o resultado são coletados simultaneamente, não é possível saber se os trabalhos de parto fora da água eram mais longos porque eram mais complicados ou se eram mais complicados porque estavam acontecendo fora da água.

O mesmo raciocínio se aplica ao puxo dirigido, que ocorreu em partos fora da água em maior grau do que nos nascimentos aquáticos, e a diferença foi estatisticamente significativa (Tabela 2). Não é possível supor se o puxo dirigido foi solicitado porque os trabalhos de parto que aconteceram fora da água eram de fato mais complicados ou se eram mais complicados porque estavam acontecendo fora da água. Em um estudo aleatório nos EUA, o puxo direcionado durante o segundo estágio do trabalho de parto pareceu ser um fator de risco para trauma perineal em mulheres primíparas. Em uma revisão sobre o mesmo assunto, não foram encontradas evidências claras sobre puxos dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto associado a traumas perineais graves.²²

Em outra revisão sistemática sobre o efeito do controle da contração no nascimento, concluiu-se que a duração da fase expulsiva do trabalho de parto nesse caso foi significativamente menor do que nas mulheres que usavam a técnica de Valsalva, mas os resultados neonatais não foram significativamente diferentes. Por outro lado, as funções urodinâmicas das mulheres, medidas três meses após o nascimento, foram negativamente afetadas pela técnica de controle da contração uterina.²³

Tabela 3

Proporção de mulheres por desfecho perineal segundo características da gestação, trabalho de parto e parto. Projeto Parto na Água (PPA), Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal, 2011-2014.

Variáveis	Períneo íntegro		Episiotomia		Laceração de primeiro grau		Laceração de segundo grau		Laceração de terceiro grau		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade materna (anos)											0,609
< 30	05	29,4	03	21,4	13	35,1	10	33,3	01	16,7	
30-35	10	58,8	06	42,9	18	48,7	15	50,0	02	33,3	
≥ 36	02	11,8	05	35,7	06	16,2	05	16,7	03	50,0	
Idade gestacional (semana+dia)											0,203
37+0 a 38+6	04	23,5	01	7,1	04	10,8	06	20,0	01	16,7	
39+0 a 40+6	13	76,5	12	85,8	30	81,1	18	60,0	03	50,0	
41+0 a 41+6	00	-	01	7,1	03	8,1	06	20,0	02	33,3	
Número de gestações											0,199
Primigesta	05	29,4	09	64,3	23	62,2	17	56,7	04	66,7	
Multigesta	12	70,6	05	35,7	14	37,8	13	43,3	02	33,3	
Paridade											0,110
Primíparas	06	35,3	10	71,4	25	67,6	22	73,3	04	66,7	
Multíparas	11	64,7	04	28,6	12	32,4	08	26,7	02	33,3	
Duração do trabalho de parto (horas)											0,003
≤ 4	07	41,2	01	7,1	15	40,5	19	63,3	0	-	
5-8	06	35,3	07	50,0	13	35,1	11	36,7	03	50,0	
≥ 8	04	23,5	06	42,9	09	24,3	0	-	03	50,0	
Puxo dirigido											0,001
Não	14	82,3	04	28,6	21	56,8	23	76,7	01	16,7	
Sim	03	17,7	10	71,4	16	43,2	07	23,3	05	83,3	
Parto											<0,001
Parto na água	12	70,6	01	7,1	30	81,1	30	100,0	0	-	
Parto fora da água	05	29,4	13	92,9	07	18,9	0	-	06	100,0	
Peso do recém-nascido (g)											1,000
< 2.500	0	-	0	-	01	2,7	01	3,3	0	-	
≥ 2.500-4.000	16	94,1	14	100,0	34	91,9	27	90,0	06	100,0	
≥ 4.001	01	5,9	0	-	02	5,4	02	6,7	0	-	
Total	17	100,0	14	100,0	37	100,0	30	100,0	06	100,0	

*Teste Qui-quadrado e Teste de Fisher.

Comparando lacerações de segundo grau com episiotomias, por serem iguais em termos de estruturas teciduais envolvidas, as mulheres primíparas tiveram mais frequentemente ruptura muscular perineal e o mesmo ocorreu com lacerações musculares mais graves, ou seja, as que afetam o esfíncter anal. É importante dizer que, entre todas as participantes do parto na água, não houve registro de laceração perineal afetando o esfíncter anal (Tabela 3). Houve um número significativo de episiotomias no grupo que teve parto fora da água (Tabela 3). Em 13 dos 31 (41,9%) partos não aquáticos, foi realizada episiotomia. Apenas uma em 73 mulheres que tiveram parto na água foi submetida a episiotomia, embora não tenha sido encontrado registro de justificativa para essa intervenção obstétrica.

Observamos a ausência de lacerações de segundo grau em mulheres que tiveram partos não aquáticos, enquanto esse grupo teve uma taxa de 41,9% de episiotomias. Em um estudo igualmente paradoxal, apontando a não realização da episiotomia como fator de risco para laceração de segundo grau, os autores analisaram 489 nascimentos.²⁴ Eles identificaram 91% das mulheres com algum grau de laceração. Todas as nulíparas com parto espontâneo que deram à luz sem episiotomia tiveram nove vezes mais chances de apresentar algum grau de laceração, quando comparadas às que foram submetidas a episiotomia. Os autores concluíram que a ausência de episiotomia era a única variável independente associada à laceração de segundo grau.²⁴

Em uma revisão sobre esse assunto, quando comparada a qualquer laceração espontânea de segundo grau, a episiotomia mostrou-se uma lesão mais grave, com complicações mais severas e mais duradouras.²⁵ Embora iguais em relação ao nível de dano tecidual, episiotomias e lacerações de segundo grau não são substitutos mútuos. O que é esperado com episiotomias não é uma redução do risco de laceração de segundo grau, mas um risco menor de lacerações graves na região perineal, o que pode danificar o esfíncter anal.

Em um estudo²⁵ envolvendo 1079 nascimentos, em que os partos foram assistidos exclusivamente por enfermeiras obstétricas, os resultados perineais foram diferentes dos encontrados no presente estudo e continha 43,6% de períneo íntegro, 31,9% de lacerações de primeiro grau, 10,3% de lacerações de segundo grau, 12,9% de episiotomias medio-laterais e 1,2% de episiotomias medianas. O estudo não registrou nenhum caso de laceração de terceiro grau, resultado dito evitado pela execução da episiotomia.²⁶

No presente estudo, chama a atenção o elevado

número de lacerações espontâneas de terceiro grau, que afetam o esfíncter anal (19,4%) no grupo que teve parto fora da água. Em um projeto pioneiro de parto na água em Cingapura,²⁶ realizado em um hospital escola entre 2010 e 2013, com 118 nascimentos na água, os resultados das participantes foram comparados aos resultados de um número igual de controles, mulheres com as mesmas características do grupo de casos e que deram à luz ao mesmo tempo. Nos dois grupos, não houve lacerações de terceiro ou quarto grau, mas as mulheres do grupo controle foram submetidas a mais episiotomias, 63,6% versus 0,85% ($p < 0,01$).²⁷

Uma questão que deve ser discutida é a classificação de laceração perineal. Existem muitas variações individuais nas estruturas anatômicas da região perineal-vulvar, como a profundidade do tecido muscular e subcutâneo, a tonalidade e presença de sangramento local, o que pode complicar o diagnóstico. A forma da laceração também pode interferir em sua classificação, bem como a falta de instrumento testado e padronizado para reduzir a subjetividade de uma avaliação.

As taxas de laceração de primeiro grau foram duas vezes maiores nos partos na água em comparação com os partos fora da água; esse fato nos permite fazer algumas suposições (Tabela 2). Há uma tendência de se minimizar os desfechos perineais quando está sendo analisada a modalidade de parto, quando o objetivo é mostrar que o parto na água é melhor do que o nascimento convencional, fora da água. Assim, pode acontecer que algumas das lacerações de segundo grau sejam classificadas como de primeiro grau, não por más intenções, mas por um viés. A ocorrência mais comum é que pequenas lacerações, mesmo quando há sangramento e trauma tecidual, são classificadas como períneo íntegro, apenas porque a sutura não era necessária.

Em um estudo sobre a concordância diagnóstica entre diversos grupos de avaliadores, todas enfermeiras parteiras, houve concordância entre elas em 72,7% das lacerações perineais. Após algum treinamento, esse escore de concordância foi ainda mais baixo (66,7%), o que pode indicar a persistência do viés de classificação do grau de laceração.²⁸ Em outro estudo, utilizando um instrumento de avaliação de trauma perineal com 130 mulheres que tiveram parto normal, metade das lacerações classificadas como primeiro grau apresentaram dano muscular. Houve também um caso de laceração de terceiro grau registrada como laceração de segundo grau.²⁹

Em um estudo transversal, realizado em um centro de parto, onde o atendimento ao parto é realizado por parteiras, eles avaliaram o trauma perineal

em mulheres que deram à luz na água em comparação com o parto fora da água. O estudo encontrou menos morbidade e menos trauma perineal no parto na água.³⁰

A busca por recursos para obter melhores resultados perineais, com menor impacto na fisiologia do nascimento, é um ideal a ser seguido. O parto na água pode ser esse diferencial, considerando que a mulher na água está menos exposta a manipulações e exames e, portanto, sente menos dor e, consequentemente, poderá controlar melhor a velocidade e o ritmo da expulsão fetal.

O parto na água foi significativamente associado a menores taxas de trauma perineal e menor tempo de duração do trabalho de parto, além de menos puxo direcionado durante o segundo estágio do trabalho de parto. Além disso, houve associação com menores taxas de episiotomia. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível atribuir causalidade aos nossos achados. No entanto, essas pequenas descobertas, como a ausência de lacerações que afetam o esfíncter anal em partos aquáticos, junto com quase um quinto de partos fora da água com esse tipo de laceração, apontam para o fator protetor do parto na água para traumas perineais severos.

Referências

1. WHO (World Health Organization). Care Normal Birth: a practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health & Research. WHO/FRH/MSM/96.24; 1996.
2. Enkin MW, Keirse MJNC, Reefrew MJ, Neilson JP. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. In: The second stage of labour. 2 ed. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 226-35.
3. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Published: 3 December 2014. Nice.org.uk/guidance/cg190
4. Landy HJ, Laughon SK, Bailit J, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, Haberman S, Hibbard J, Wilkins I, Branch DW, Burkman RT, Gregory K, Hoffman MK, Learman LA, Hatjis C, Vanveldehuisen PC, Reddy UM, Troendle J, Sun L, Zhang J; Consortium on Safe Labor. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2011; 117 (3): 627-35.
5. Aasheim V, Nilsen A, Reinart L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 6: CD006672. doi:10.1002/14651858.CD006672.pub3
6. Mous M, Muller AS, De Leeuw JW. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG.* 2008; 115: 234-8.
7. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13: 59.
8. Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail K. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2015; 122 (9): 1157-65.
9. Lee N, Firmim M, Gao T, Kildea S. Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of non-operative vaginal births, 2011-2016. *Int J Nurs Stud.* 2018; 83: 11-17.
10. Scarabotto LB, Riesco MLG. Factors related to perineal trauma in normal births in nulliparous. *Rev Enferm USP.* 2006; 40 (3): 389-95.
11. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; (5): CD000111.
12. Nutter E, Meyer S, Shaw-Batista J, Marowitz A. Water birth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *J Midwifery Women Health.* 20014; 59 (3): 286-319.
13. Harper, B. *Gentle Birth Choices.* Healing Arts Press. Revised edition. 2005.
14. Odent M. Birth Under Water. *Lancet.* 1983; 2 (8365-66): 1476-77.
15. RCM (Royal College of Midwives). Immersion in Water for Labour and Birth. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. 2012. [accessed 19 July 2018]. https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20for%20Labour%20and%20Birth_0.pdf

Contribuição dos autores

Camargo JCS: responsável pelo roteiro da entrevista e aplicação do mesmo, análise de dados, redação e discussão do artigo. Ferreira FM, Osawa RH, Araújo Nm e Narchi N: análise dos dados, redação e discussão do artigo. Varela V, Santos ME, Néné M, Grande C: revisão crítica do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e responsabilizam-se publicamente pelo conteúdo do artigo.

16. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa, 2015. [acesso em 15 Mai 2019]. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>>.
17. Spong CY. Defining "term" pregnancy: recommendations from the defining "Term" Pregnancy Workgroup. *JAMA*. 2013; 309 (23): 2445-6.
18. Odent M. The Birthing Pool Test. *Midwifery Today Int Midwife*. 2015; Autumn; (115): 9-11.
19. Zanetti-Dallenbach RA, Tschudin S, Zhong XY, Holzgreve W, Lapaire O, Hosli I. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007; 134 (1): 37-43.
20. Camargo JCS, Varela V, Ferreira FM, Pougy L, Ochiai AM, Santos ME, Grande MCLR. Waterbirth Project: São Bernardo Hospital Experience, Setúbal, Portugal. *Women Birth*. 2018; 31: e325-e333.
21. Zimmermann R, Huch A, Huch R. Water birth - is it safe? *J Perinat Medicine*. 1993; 21 (1): 5-11.
22. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births. *Birth*. 2006; 33 (2): 94-100.
23. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza A, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 3: CD009124.
24. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva. *BJOG*. 2011; 118 (6): 662-70.
25. Mora-Hervás I, Sánchez E, Carmona F, Espuña-Pons, M. Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: episiotomy or second degree perineal tear? *IJWHR*. 2015; 3(2): 84-8.
26. Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012; 21: 2209-18.
27. Lim KMX, Tong PSY, Chong YS. A comparative study between the pioneer cohort of water births and conventional vaginal deliveries in an obstetrician led-unit in Singapore. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016; 55 (3): 363-7.
28. Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Evaluation of bias in classification of perineal lacerations in vaginal delivery. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24 (1): 61-6.
29. Metcalfe A, Tohill S, Williams A, Haldon V, Brown L, Henry L. A pragmatic tool for the measurement of perineal tears. *Br J Midwifery*. 2002; 10 (7): 412-7.
30. 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; 29 (7): 759-64.

Recebido em 29 de Novembro de 2018

Versão final apresentada em 30 de Maio de 2019

Aprovado em 11 de Junho de 2019