



Perfil das mulheres que vivenciaram o parto na água em uma casa de parto do Rio de Janeiro

Profile of women who experienced water birth at the birth center in Rio de Janeiro

Perfil de las mujeres que vivieron el parto en el agua en el centro de parto de Rio de Janeiro

Larissa Martins Maricato Vidal¹, Michele de Lima Janotti Quaresma¹, Anna Christina de Almeida Porreca¹, Danielle Menezes da Silva¹, Luciane Pereira de Almeida¹, Debora Cecília Chaves de Oliveira¹, Edymara Tatagiba Medina¹, Sandra Cristina de Souza Borges Silva¹, Juliana Amaral Prata¹, Ricardo José Oliveira Mouta¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil das mulheres que vivenciaram o parto na água em uma Casa de Parto no Rio de Janeiro no período de 2004 a 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com coleta retrospectiva dos prontuários de uma Casa de Parto de um município no Rio de Janeiro de 415 partos na água durante o período de 2004 a 2018. Este trabalho faz parte de outro Projeto de Pesquisa aprovado no Comitê de Ética. **Resultados:** Foram analisados 407 partos na água. A faixa etária materna prevalente foi de 20 a 24 anos (35,4%), autodeclaração na cor branca (48,6%), primíparas (56%) e com acompanhante (99%). A duração do parto prevalente foi de até 6h (81,3%). O Apgar no 1º minuto prevalente foi 7-10 (97,1%) e aleitamento exclusivo (93,4%). **Conclusão:** Conforme os dados apresentados, a maioria das mulheres eram de 20 a 24 anos, brancas, com acompanhante, duração do trabalho de parto até 6h. Apgar no 1º minuto 7-10 prevalente e maioria aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Parto normal, Parto humanizado, Trabalho de parto, Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Objective: Identify the profile of women who experienced water birth at the Birth Center in Rio de Janeiro from 2004 to 2018. **Methods:** This is a cross-sectional study with retrospective collection of medical records from a Birth Center in a city in Rio de Janeiro of 415 water births during the period from 2004 to 2018. This work is part of another approved Research Project on the Ethics Committee. **Results:** 407 water births were analyzed. The prevalent maternal age group was 20 to 24 years old (35.4%), self-declared as white (48.6%), primiparous (56%) and with a companion (99%). The prevalent duration of labor was up to 6 hours (81.3%). The prevalent Apgar score in the 1st minute was 7-10 (97.1%) and exclusive breastfeeding (93.4%). **Conclusion:** According to the data presented, the majority of women were between 20 and 24 years old, white, with a companion, labor lasting up to 6 hours. Apgar in the 1st minute 7-10 prevalent and majority exclusive breastfeeding.

Keywords: Natural childbirth, Humanizing delivery, Labor, Obstetric nursing.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil de la mujer que vivenció el parto en el agua en el Centro de Parto de Rio de Janeiro de 2004 a 2018. **Métodos:** Se trata de estudio transversal con recolección retrospectiva de historias clínicas de un Centro de Parto de una ciudad de Río de Janeiro de 415 partos en el agua durante el período de 2004 a 2018. Este trabajo forma parte de otro Proyecto de Investigación aprobado por el Comité de Ética. **Resultados:** Se analizaron 407 nacimientos en el agua. El grupo de edad materna prevalente fue el de 20 a 24 años (35,4%), autodeclarado blanco (48,6%), primípara (56%) y con acompañante (99%). La duración

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF-UERJ), Rio de Janeiro – RJ.

predominante del trabajo de parto fue de hasta 6 horas (81,3%). El puntaje de Apgar en el 1er minuto prevaleció 7-10 (97,1%) y la lactancia materna exclusiva (93,4%). **Conclusión:** Según los datos presentados, la mayoría de las mujeres tenían entre 20 y 24 años, blancas, con acompañante, parto que duró hasta 6 horas. Apgar en el 1er minuto 7-10 lactancia prevalente y mayoritariamente exclusiva.

Palabras clave: Parto normal, Parto humanizado, Trabajo de parto, Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

O parto é um evento sexual e reprodutivo que toda parturiente deve receber cuidado durante o período gravídico, nascimento e puerpério. Já o parto na água acontece há muito tempo, no entanto, começou a ter mais visibilidade a partir de 1980 quando Michel Odent introduziu uma banheira em uma maternidade. Nascer na água pode ser definido quando ocorre a completa imersão do bebê na água quente durante a segunda fase do trabalho de parto, com o nascimento inteiramente imerso em água, independentemente do local da dequitação, e traz diversos benefícios para mãe, tais como relaxamento, alívio da dor, conforto e repercussões positivas para o bebê (WHO, 2016; BEZERRA NC, et al., 2020; CAMARGO JC, et al., 2023).

A Casa de Parto do município do Rio de Janeiro tem sua assistência pautada no modelo desmedicalizado cuja a proposta é oferecer um cuidado humanizado às demandas das mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério. No entanto, apesar da relevância do espaço da Casa de Parto na saúde da mulher e a Lei N° 6282 de 2017, que estabelece as diretrizes para a criação de novos Centros de Parto Normal e Casa de Parto na rede municipal em um prazo de cinco anos CPDCF-RJ é a única Casa de Parto no estado do Rio de Janeiro. Logo, o parto na água em banheira por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) só pode ser realizado na única Casa de Parto que existe na cidade do Rio de Janeiro, a Casa de Parto David Capistrano Filho, localizada no bairro Realengo, zona oeste do Rio de Janeiro (AZEVEDO LG, 2008; MEDINA ET, 2022; RIO DE JANEIRO, 2017).

A Casa de parto do município do Rio de Janeiro foi inaugurada em março de 2004. Surgiu como um espaço de saúde que, ao longo de todos os anos de existência até o presente ano de 2023, tem sido também um local de luta e resistência em relação ao serviço público de saúde, aos princípios e propostas que defende. A Casa, cujo nome remete a um espaço de intimidade e conforto, oferece serviços de saúde pública às gestantes de baixo risco que não tiveram cesáreas anteriores, contendo como equipe apenas enfermeiras obstétricas, com uma perspectiva de cuidado, acolhimento e oferta de conhecimento para que a gestante possa ter autonomia e segurança em suas decisões durante o pré-natal, parto e puerpério. Para que isso ocorra, são desenvolvidas atividades educativas com ela e sua família durante o pré-natal, além do agendamento de consultas e exames. Além disso, ela conta também com um serviço de ambulância 24 horas para que encaminhamento ao hospital de referência mais próximo em caso de urgência (MEDEIROS A, 2012; SOUZA JB., 2018).

A estrutura do local oferece suítes com banheiras que permitem que a mulher possa vivenciar o parto na água. No entanto, ao realizar as buscas bibliográficas sobre a temática no Brasil, observa-se que a relação entre “água” e “parto” é, quase sempre, sobre a água como alívio da dor durante o trabalho de parto, sendo restrito o tema “parto na água”. Com isso, torna-se relevante a temática no sentido de contribuir com mais estudos acerca do tema (BRILHANTE AF, 2019). Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar o perfil das mulheres que vivenciaram o parto na água na Casa de Parto do município do Rio de Janeiro no período de 2004 a 2018.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental descritivo exploratório transversal de abordagem quantitativa que utilizou os dados dos prontuários de uma casa de parto no município do Rio de Janeiro. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados com os partos que ocorreram no período de março de 2004 a dezembro de 2018. O universo da pesquisa é de 3.198 prontuários, e nesse estudo foram utilizados os prontuários de 415 mulheres que vivenciaram o parto na água no período estudado. Os dados utilizados foram: características sociodemográficas e da gestação, como faixa etária materna, escolaridade, cor e companheiro (a); características da internação, como consultas de pré-natal, primípara, internação com 4cm ou mais de

dilatação, bolsa íntegra na admissão, presença de acompanhante, alimentação durante o trabalho de parto; assistência ao trabalho de parto, como utilização de aroma, massagem, música, respiração consciente, deambulação, bamboleio, bola, ocitocina, realização de amniotomia; assistência ao parto, como duração, episiotomia, períneo íntegro, manobras de Kristeller; assistência ao recém-nascido, tais como índice de Apgar no primeiro e quinto minuto, peso do recém-nascido (RN), manobra de reanimação, oxigênio na manobra, ventilação por pressão positiva, aspiração de vias aéreas, aleitamento materno exclusivo e tipo de saída da mãe e do RN.

Os critérios de inclusão são mulheres com gestação de risco habitual, em acompanhamento da gestação na unidade, com idade gestacional de 37 a 41 semanas, em apresentação cefálica, que pariram na Casa de Parto do município do Rio de Janeiro. E os critérios de exclusão foram mulheres que internaram no período expulsivo e não realizavam acompanhamento na Casa de Parto. Foi realizada uma análise descritiva dos dados (frequência relativa e absoluta). Os resultados foram tabelados e organizados no Programa Microsoft® Office Excel® 2019. De acordo com as recomendações da Resolução 466 de 04 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetido pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 10953719.5.3001.5279, e aprovado com o número do Parecer: 3.450.662.

RESULTADOS

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 407 prontuários para análise. Em relação às características sociodemográficas e da gestação, foi identificado que a faixa etária materna de 20 a 24 anos representou o maior percentual, equivalente a 35,4%. Na escolaridade de 8 anos ou mais, 78,1% possuem. O maior percentual de cor autodeclarada foi a cor branca com 48,6% das mulheres, seguida de parda com 36,9% e preta com 13%. Em relação à presença do (a) companheiro (a), prevaleceu as que não tinham correspondendo a 64,1% (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da gestação, 2004 a 2018 (N = 406).

Variável	N	%
Faixa etária materna		
10 a 19	98	24,1
20 a 24	144	35,4
25 a 29	93	22,9
30 a 34	61	15,0
35 ou +	11	2,7
Escolaridade 8 anos ou mais		
Não	89	21,9
Sim	318	78,1
Cor autodeclarada		
Branca	198	48,6
Parda	150	36,9
Preta	53	13,0
Amarela	2	0,5
Indígena	4	1,0
Com companheiro (a)		
Não	261	64,1
Sim	146	35,9
Total	407	100

Fonte: Vidal LM, et al., 2024.

No que concerne às características da internação em trabalho de parto, a maior parte das mulheres realizaram 7 consultas ou mais de pré-natal, correspondendo a 76,9%. Dentre elas, as primíparas foram maioria com 56%. Em relação a admissão, 84,8% internaram com 4cm ou mais de dilatação e tinham bolsa íntegra

majoritariamente com 70,3%. A porcentagem de 99% corresponde a presença de acompanhante durante a internação e no período puerperal. A maioria se alimentou, equivalente a 99,3% (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Características da internação em trabalho de parto, 2004 a 2018 (N = 407).

Variável	N	%
7 ou mais consultas de pré-natal		
Não	94	23,1
Sim	313	76,9
Primípara		
Não	179	44,0
Sim	228	56,0
Internação com 4cm ou mais de dilatação		
Não	62	15,2
Sim	345	84,8
Bolsa íntegra na admissão		
Não	121	29,7
Sim	286	70,3
Presença de acompanhante		
Não	4	1,0
Sim	403	99,0
Alimentou durante o trabalho de parto		
Não	3	0,7
Sim	404	99,3
Total	407	100

Fonte: Vidal LM, et al., 2024.

Tabela 3 - Assistência ao trabalho de parto, 2004 a 2018 (N = 407).

Variável	N	%
Utilizou aroma		
Não	237	58,2
Sim	170	41,8
Recebeu massagem		
Não	209	51,4
Sim	198	48,6
Ouviu música		
Não	169	41,5
Sim	238	58,5
Realizou respiração consciente		
Não	58	14,3
Sim	349	85,7
Deambulou		
Não	124	30,5
Sim	283	69,5
Utilizou o bamboleio		
Não	264	64,9
Sim	143	35,1
Utilizou a bola		
Não	327	80,3
Sim	80	19,7
Usou ocitocina		
Não	358	88,0
Sim	49	12,0
Foi feita amniotomia		
Não	401	98,5
Sim	6	1,5
Total	407	100

Fonte: Vidal LM, et al., 2024.

Tabela 4 - Assistência ao parto, 2004 a 2018 (N = 407).

Variável	N	%
Duração do trabalho de parto		
Até 6hs	331	81,3
De 7 a 12hs	61	15,0
De 13 a 18hs	12	2,9
19h ou mais	3	0,7
Foi realizada episiotomia		
Não	406	99,8
Sim	1	0,2
Períneo íntegro		
Não	309	75,9
Sim	98	24,1
Apresentou laceração de 2°/3°		
Não	364	89,4
Sim	43	10,6
Recebeu manobras de Kristeller		
Não	404	99,3
Sim	3	0,7
Total	407	100

Fonte: Vidal LM, et al., 2024.

Tabela 5 - Assistência ao Recém-nascido, 2004 a 2018 (N = 407).

Variável	N	%
Apgar no 1° minuto		
De 0-2	1	0,2
De 3-4	1	0,2
De 5-6	10	2,5
De 7-10	395	97,1
Apgar no 5° minuto		
De 5-6	1	0,2
De 7-10	406	99,8
Peso do recém-nascido		
<2500g	13	3,2
2500g a 2999g	104	25,6
3000 a 3499g	188	46,2
3500 a 3999g	87	21,4
4000 ou mais	15	3,7
Necessitou manobra de reanimação		
Não	382	93,9
Sim	25	6,1
Utilizou oxigênio nas manobras		
Não	387	95,1
Sim	20	4,9
Necessitou de ventilação por pressão positiva		
Não	400	98,3
Sim	7	1,7
Foi necessário aspiração de vias aéreas		
Não	317	77,9
Sim	90	22,1
Aleitamento materno exclusivo		
Não	27	6,6
Sim	380	93,4
Tipo de saída da mãe e do recém-nascido		
Transferência mãe	3	0,7
Transferência RN	18	4,4
Alta	386	94,8
Total	407	100

Fonte: Vidal LM, et al., 2024.

Durante a assistência ao trabalho de parto as técnicas que prevaleceram com maiores porcentagens foram a respiração consciente com 85,7%, a deambulação 69,5% e ouvir música que correspondeu a 58,5%. E as técnicas menos utilizadas foram amniotomia com 1,5%, uso de ocitocina com 12% e utilização da bola com 19,7% (**Tabela 3**). Já em relação à assistência ao parto a maior parte destes tiveram duração até 6 horas com 81,3% do total dos partos assistidos. Apenas 0,2% foi realizada a episiotomia e 0,7% recebeu manobras de Kristeller. A integridade do períneo foi de 24,1% que foram íntegros e 10,6% das mulheres tiveram laceração de 2° e 3° (**Tabela 4**).

No que abrange a assistência ao Recém-nascido (RN), o Apgar no 1° minuto de 7-10 prevaleceu com 97,1%, tendo apenas 0,2% entre 0-2 e 3-4. Apenas 3,2% nasceram com baixo peso <2500g, e a maioria possuía peso de 3000 a 3499g correspondendo a 46,2%. Sobre intercorrências durante o nascimento, 93,9% não precisou de manobra de reanimação ao nascer e os que precisaram, 95,1% não precisou de oxigênio durante as manobras, 1,7% precisou de pressão positiva e 22,1% teve necessidade de aspiração, o que demonstra bom percentual de vitalidade ao nascer. Em relação à amamentação, a maioria teve aleitamento exclusivo que correspondeu a 93,4% e a dupla mãe e bebê teve 94,8% de alta no tipo de saída da Casa de Parto (**Tabela 5**).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que as mulheres que vivenciaram o parto na água eram em sua maioria brancas, com faixa etária entre 20 a 29 anos, primíparas, com 8 ou mais anos de estudo, realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, internaram com 4cm ou mais, bolsa íntegra, com a presença de acompanhante e se alimentaram durante o trabalho de parto. No decurso do trabalho de parto receberam tecnologias de cuidado para alívio da dor. A maioria dos partos evoluiu com menos de 6 horas de internação, sem ocorrência de episiotomia e Kristeller e laceração de 2°/3° grau. Com relação aos recém-nascidos, grande parte apresentou Apgar maior ou igual a 7 no 1° e 5° minuto, pesaram de 3000 a 3500 gramas, não necessitaram de manobras de reanimação, fizeram aleitamento exclusivo e tiveram com sua mãe.

Em relação as características sociodemográficas prevalentes neste estudo, a faixa etária de 20 a 24 anos foi prevalente e a maioria das mulheres eram primíparas, esses resultados podem ser comparados a o a um estudo retrospectivo que analisou resultados maternos e neonatais de partos na água no Canadá que também teve como prevalência mulheres primíparas, no entanto a idade de 35 anos ou mais foi predominante (JACOBY S, et al., 2019), enquanto neste estudo essa faixa etária foi a menos prevalente entre todas, correspondendo a 11 mulheres. A autodeclaração na cor branca foi predominante neste estudo, seguida da cor parda e preta. Nesse contexto, as mulheres brancas foram maioria no acesso à vivência do Parto na Água na Casa de Parto. Já em relação a escolaridade, foi predominante neste estudo a escolaridade de 8 anos ou mais. Apesar de terem acompanhante, grande parte não possuía a presença do companheiro (a), e em consonância com a Lei nº 11.108, de sete de abril de 2005 (BRASIL, 2005) que trata sobre o direito a um acompanhante durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, discorre que deve ser de livre escolha a indicação desse acompanhante pela parturiente. Dessa forma, a autonomia e o direito de escolha materna são prevalentes e respeitados.

O pré-natal de qualidade interfere na assistência ao parto, puerpério, bem como a saúde materna e neonatal, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas no pré-natal de baixo risco obstétrico (BRASIL, 2012) e, em comparação ao estudo realizado, considerando que todas as mulheres acompanhadas na Casa de Parto são classificadas como gestação de baixo risco, observa-se que o pré-natal com sete consultas ou mais foi majoritário neste estudo, portanto está em consonância com as Diretrizes do Ministério da Saúde. Além disso, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018 sobre boas práticas durante o parto, a duração da fase ativa do parto não deve estender 12 horas de duração nas primíparas, enquanto no artigo a maior porcentagem dos partos que ocorreram foram de até seis horas de duração, considerando que a maioria das parturientes eram primíparas no presente estudo.

Associado às boas práticas, a OMS também recomenda a presença do acompanhante de escolha da mulher que também foi expressiva no estudo, além das práticas não farmacológicas de auxílio da dor como a respiração consciente, deambulação e ouvir música que são recomendadas e foram maioria entre todas as

técnicas utilizadas durante o período do parto. Por fim, não menos importante, a alimentação durante o trabalho de parto também é recomendada e também foi identificada como maioria nos resultados obtidos (WHO, 2018). Já em relação a integridade do períneo, um estudo transversal e quantitativo desenvolvido em um hospital público de Portugal comparou desfechos perineais em partos realizados na água e fora da água, tendo como resultado menores taxas de trauma perineal, apontando o parto na água como fator protetor de traumas perineais severos, além de a ausência de lacerações que afetam o esfíncter anal (CAMARGO JC, et al. 2019), como observado neste estudo que apesar da maioria não ter apresentado períneo íntegro, as lacerações de 2° e 3° não foram prevalentes.

Um estudo que analisou o cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais, observou que os procedimentos na prática obstétrica que não possuem evidências científicas para justificar sua realização tem sido caracterizado como violência obstétrica quando incorporados na prática clínica. Um desses procedimentos foi a amniotomia e a utilização de ocitocina durante o período do parto (MEDINA ET, et al., 2023). A amniotomia foi realizada em 6 mulheres neste estudo, enquanto a ocitocina em 49. Além disso, a realização indiscriminada e rotineira da episiotomia em partos vaginais espontâneos não é recomendada de acordo com a OMS, assim como a Manobra de Kristeller, utilizada no segundo período do parto para facilitar o nascimento, também não é recomendada (WHO, 2018).

Associado a isso, este estudo identificou apenas uma realização de episiotomia e três Manobras de Kristeller, que pela limitação do estudo não é possível analisar qual foi a causalidade em ambas as práticas. Na assistência ao recém-nascido (RN), o índice de Apgar é utilizado para avaliar o RN ao nascer, utilizando a soma de cinco sinais que são: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa, cor. A cada sinal é atribuída uma nota de zero a dois, sendo de sete a dez classificado como boa vitalidade. O boletim de Apgar não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento. Contudo, sua aferição longitudinal permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras (BRASIL, 2014). Este estudo teve por maioria o índice de Apgar entre sete a dez.

Esse dado pode ser comparado a uma revisão integrativa da literatura sobre Riscos e benefícios maternos e neonatais promovidos por partos assistidos na água que verificou que não houve influência do Parto na Água no índice de Apgar em relação aos partos assistidos fora da água, contudo há contraindicação desse parto quando há risco de sofrimento fetal e padrões anormais da frequência cardíaca fetal (ANDRADE AB, et al., 2019). Paralelo a isso, a intervenção ao RN mais utilizada foi a necessidade da aspiração de vias aéreas, não sendo possível identificar a causa pela limitação do estudo. Já em relação ao peso ao nascer, o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil é o baixo peso ao nascer que corresponde ao RN com menos de 2.500 gramas (g) (BRASIL, 2014), e neste estudo o peso ao nascer que foi predominante foi de 3000g a 3499g, e o baixo peso ao nascer identificado em apenas 13 RN.

Sendo possível afirmar que a maioria dos RN que nasceram tiveram uma boa vitalidade ao nascer seguindo os critérios do índice de Apgar, peso ao nascimento e necessidade de manobra de ressuscitação observados no estudo. O aleitamento materno exclusivo é incentivado como um dos princípios da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIP) neonatal, sendo preconizada a orientação sobre o início da amamentação após o nascimento (BRASIL, 2014), importante também para a criação de vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, repercussões maternas como proteção contra câncer de mama, menores custos financeiros, e para o RN, tais como redução do risco de alergias, evita morte infantil, infecções respiratórias e diarreias (BRASIL, 2015). Nesse contexto, este estudo avaliou que apenas 27 das mulheres do estudo não tiveram aleitamento materno exclusivo.

Um artigo com abordagem crítica da literatura especializada apontou que os estudos precisos sobre mulheres que vivenciaram o parto na água mostraram menor uso de analgesia peridural, principalmente nos primeiros estágios do trabalho de parto (TP). O uso da água impacta diversas formas o TP além do alívio da dor, como a menor duração do primeiro estágio clínico do parto, resultando em menos intervenções, contrações uterinas mais eficazes com dilatação cervical mais rápida, o que foi analisado nos partos deste estudo (PEREIRA LM, et al., 2018).

A limitação deste estudo está relacionada a dados extraídos de prontuários, sendo sujeitos a viés. Entretanto, os resultados encontrados são de suma importância para identificar o perfil das mulheres, descrever os desfechos maternos e neonatais e verificar o emprego de tecnologia não invasivas de cuidado em Enfermagem Obstétrica, e observado que as práticas estão em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde e da OMS, tais como duração do trabalho de parto, utilização de tecnologias não invasivas, aleitamento materno exclusivo e boa saída da mãe e bebê.

Contudo, apesar dos resultados positivos observados, as evidências científicas relacionadas à assistência ao parto na água ainda possuem diversas lacunas. É imprescindível ampliar os estudos sobre os resultados maternos e neonatais dessa abordagem de parto, para que sua prática possa ser adotada em maior escala em maternidades públicas, Centros de Parto Normal e Casas de Parto (SCHEIDT TR e BRÜGGEMANN OM, 2016). Sendo assim, é nítido que as Políticas que viabilizam a ampliação dessa oferta devam ser executadas, como a Lei Nº 6282 de 2017 (RIO DE JANEIRO, 2017), que prevê novos Centros de Parto Normal no Rio de Janeiro. Essas medidas são necessárias para oportunizar o acesso das mulheres que desejam e são elegíveis para vivenciar o Parto na Água, em consonância com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 2007).

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o perfil das mulheres que vivenciaram o parto na água, além de descrever as tecnologias de cuidado oferecidos pelas enfermeiras durante o trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido. Os desfechos maternos e neonatais foram positivos, tendo em vista a prevalência do aleitamento materno exclusivo, índice de Apgar sete a dez nos RN, pouca necessidade de manobra de reanimação, pouca prevalência de lesões perineais de 2º e 3º grau, bem como boa saída na maternidade. Evidenciou-se que as práticas na Casa de Parto durante o trabalho de Parto na Água estão em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde e a OMS. Percebeu-se que a assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas na Casa de Parto é baseado na desmedicalização, centrado na autonomia e nos direitos da mulher. É importante os investimentos na formação destas profissionais que possuem o potencial de mudança na realidade obstétrica no Brasil. Além disso, é necessária a criação de mais casas de parto, onde as mulheres podem exercer seu direito de escolha na hora de parir. Neste sentido, cabe frisar a necessidade de produzir mais estudos sobre casas de parto para o fortalecimento deste cenário assistencial no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE AB, et al. Riscos e benefícios maternos e neonatais promovidos por partos assistidos na água, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019; 11(5): e400.
2. AZEVEDO LG. Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade) – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008; 112p.
3. BEZERRA NC, et al. Condutas relacionadas ao parto na água: uma revisão de literatura, Society and Development, 2020; 9(11): e39791110153.
4. BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005: 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. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/04/2005>. Acessado em: 31 de outubro de 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acessado em: 31 de outubro de 2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado em: 31 de outubro de 2023.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto normal. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 31 de outubro de 2023.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde: direito de todos — 2008-2011. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_5ed.pdf. Acessado em: 31 de outubro de 2023.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2023.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016: trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2023.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acessado em: 31 de outubro de 2023.
12. BRILHANTE AF. Desenvolvimento de protocolo clínico para assistência no parto na água. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019; 69.
13. CAMARGO JC, et al. Demandas de autocuidado no parto na água: estudo qualitativo, Acta Paulista de Enfermagem, 2023; 36: ape02601.
14. CAMARGO JC, et al. Desfechos perineais e as variáveis associadas no parto na água e no parto fora da água: estudo transversal, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2020; 19(4): 777-786.
15. JACOBY S, et al. Water Birth Maternal and Neonatal Outcomes Among Midwifery Clients in Alberta, Canada, from 2014 to 2017: A Retrospective Study, J Obstet Gynaecol Can, 2019; 41(6): 805-812.
16. MEDEIROS A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 2018; 25(4): 1171-1183.
17. MEDINA ET, et al. O cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais, Ciência & Saúde Coletiva, 2023; 28(7): 2065-2074.
18. MEDINA ET. O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022; 214.
19. PEREIRA LM, et al. Imersão na água durante o trabalho de parto e parto na água: riscos, benefícios e recomendações, Feminina, 2018; 46(5): 324-331.
20. RIO DE JANEIRO. Lei N° 6282, de 21 de novembro de 2017: estabelece diretrizes para a criação do Programa Centro de Parto Normal e Casa de Parto, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal e dá outras providências. 2017. Disponível em: <http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/da65a6361caf879083257f460066ebb6/4440a2a911554c10832581df004fda8d?OpenDocument>. Acessado em: 31 de outubro de 2023.
21. SCHEIDT TR, BRÜGGEMANN OM. Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal. Texto & Contexto-Enfermagem, 2016; 25(2): 02180015.
22. SOUZA JB. Entre os conflitos e impasses do “Parto Humanizado”: Uma etnografia na Casa de Parto David Capistrano Filho. Dissertação de mestrado (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2018; 113.
23. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>. Acessado em: 31 de outubro de 2023.
24. WHO. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acessado em: 31 de outubro de 2023.