

Demandas de autocuidado no parto na água: estudo qualitativo

Self-care demands in water birth: a qualitative study

Demandas de autocuidado en el parto en el agua: estudio cualitativo

Joyce da Costa Silveira de Camargo^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0001-9171-0865>Rosemeire Sartori de Albuquerque²  <https://orcid.org/0000-0001-8593-5080>Ruth Hitomi Osawa²  <https://orcid.org/0000-0002-8618-5864>Edna Evelin da Costa Silveira Correa³  <https://orcid.org/0000-0002-1617-3155>Edna Cardoso Lavieri²  <https://orcid.org/0000-0001-5264-2601>Manuela Néné⁴  <https://orcid.org/0000-0002-4916-2663>Maria Catarina Leite Rodrigues Grande⁵  <https://orcid.org/0000-0003-4675-6279>

Como citar:

Camargo JC, Albuquerque RS, Osawa RH, Correa EE, Lavieri EC, Néné M, et al. Demandas de autocuidado no parto na água: estudo qualitativo. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE02601.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A002601>



Descritores

Parto normal; Autocuidado; Enfermeiras obstétricas; Teoria de enfermagem; Modelos de assistência à saúde

Keywords

Natural childbirth; Self care; Nurse midwives; Nursing theory; Healthcare models

Descritores

Parto normal; Autocuidado; Enfermeiras obstétricas; Teoria de enfermagem; Modelos de atención de salud

Submetido

6 de Setembro de 2021

Aceito

13 de Junho de 2022

Autor correspondente

Joyce da Costa Silveira de Camargo
E-mail: joyce@usp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Rosely Erlach Goldman
(<https://orcid.org/0000-0002-7091-9691>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a compreensão de puérperas sobre a participação da enfermeira obstetra/obstetrix no parto na água, sob a luz da teoria do autocuidado.

Métodos: Estudo qualitativo por meio da técnica de análise de conteúdo com a participação de 21 mulheres portuguesas que tiveram o seu parto na água, em ambiente hospitalar. Foi utilizado, como referencial teórico o conceito de autocuidado, proposto por Dorothea Orem.

Resultados: Aflorou uma grande categoria “Necessidade de Autocuidado no Contexto do Parto na Água”, cujas unidades de significados foram: Medo de não conseguir vivenciar o parto na água, Percepção do manejo seguro da distócia, Deconhecimento sobre a gravidade que constitui a hemorragia pós-parto e Incompetência no reparo de traumas perineais.

Conclusão: As participantes identificaram que a presença da enfermeira obstetra/obstetrix, trouxe segurança para que prosseguissem confiantes no modelo de parto na água. As necessidades das mulheres foram atendidas com respeito permanente pelas profissionais, o que favoreceu a autonomia das puérperas, a harmonia entre as partes e o suporte da enfermeira.

Abstract

Objective: To analyze the puerperal women’s understanding about the participation of obstetric nurses/nurse-midwives in water birth, under the light of the Self-Care Deficit Theory.

Methods: This is a qualitative study using the content analysis technique with the participation of 21 Portuguese women who had water birth at a hospital. The concept of self-care proposed by Dorothea Orem was used as a theoretical framework.

Results: The mean category “Need for self-care in the context of water birth” emerged, whose meaning units were: *Fear of not being able to experience water birth*; *Perception of dystocia safe management*; *Lack of knowledge about the severity of postpartum hemorrhage*; and *Incompetence in perineal trauma repair*.

Conclusion: Participants identified that the presence of obstetric nurses/nurse-midwives brought security for them to continue confident in the water birth model. Women’s needs were met with permanent respect by professionals, which favored puerperal women’s autonomy, harmony between parties and support by nurses.

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

²Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Hospital SEPACO, São Paulo, SP, Brasil.

⁴Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal.

⁵Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Analizar la comprensión de puérperas sobre la participación de la enfermera obstetra/partera en el parto en el agua, bajo la perspectiva de la teoría del autocuidado.

Métodos: Estudio cualitativo por medio de la técnica de análisis de contenido, con la participación de 21 mujeres portuguesas que tuvieron su parto en el agua, en ambiente hospitalario. Se utilizó el concepto de autocuidado propuesto por Dorothea Orem como marco referencial teórico.

Resultados: Surgió una gran categoría “Necesidades de autocuidado en el contexto del parto en el agua”, cuyas unidades de significado fueron: Miedo de no poder realizar el parto en el agua, Percepción del manejo seguro de la distocia, Desconocimiento sobre la gravedad que constituye la hemorragia posparto e Incompetencia en la reparación de traumas perineales.

Conclusión: Las participantes identificaron que la presencia de la enfermera obstetra/partera les dio seguridad para continuar con confianza con el modelo de parto en el agua. Las necesidades de las mujeres fueron atendidas con respeto permanente por parte de las profesionales, lo que favoreció la autonomía de las puérperas, la armonía entre las partes y el apoyo de la enfermera.

Introdução

Assistência ao parto com intervenções excessivas, inadequadas e desnecessárias pode ter consequências tão graves quanto a ausência de cuidado, podendo causar mais danos do que benefícios, colocando em risco a vida da mulher e de seu bebê.⁽¹⁾

Resgatar a fisiologia do parto é necessário para favorecer a redução de intervenções, e até a morte materna evitável. O enfermeiro obstetra/obstetrix no cenário do parto qualifica o cuidado voltado à necessidade da mulher e aumenta a oferta de práticas que favoreçam o alívio não farmacológico da dor e o parto vaginal.⁽²⁾

O parto na água, está elencado como modalidade de nascimento natural, suave, destituído de intervenções desnecessárias⁽³⁾ e com alta proporção de parto fisiológico.⁽⁴⁾ É definido pela imersão em água quente durante a segunda fase do trabalho de parto, resultando no nascimento inteiramente debaixo da água, independentemente do local da dequitação.

⁽⁵⁾ Relaciona-se com bom desfecho materno e neonatal.⁽⁴⁻⁷⁾

Os cuidados de enfermagem no parto natural, reduzem os níveis de dor materna, o sangramento pós-parto, a taxa de infecção, promovem o aleitamento materno, melhoram as condições emocionais das mulheres, além de suscitar o restabelecimento materno fisiológico. Esse cuidado, tem como base uma relação de confiança e empatia, na qual a parturiente se sente contemplada em suas necessidades, ao permitir que o profissional, por meio de seu julgamento clínico e adoção de boas práticas, proponham intervenções úteis para experiência significativa e segura do parto,⁽⁸⁾ pautadas na boa vontade e na prontidão para oferta de cui-

dados centrados nas necessidades das mulheres no processo de nascimento.⁽⁹⁾

Para embasar o cuidado, o enfermeiro dispõe de teorias de enfermagem que orientam a prática clínica, sendo neste estudo adotado o referencial teórico da Teoria do Autocuidado, proposta por Dorothea E. Orem, definida como: “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar”.⁽¹⁰⁾ Corroborar a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerando “a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde, provedor”.⁽¹¹⁾ Portanto, os seres humanos aprendem a se autocuidar, dispensando o auxílio da enfermagem. Entretanto, havendo incapacidade do autocuidado, a enfermagem reassume esse papel.⁽¹⁰⁾

O foco no déficit de autocuidado, deficiência que a parturiente tem em seu cuidado, no presente artigo, deve-se ao fato de que, ao longo de muitos anos, a maioria das práticas e pesquisas se concentraram no autocuidado/autogestão, relacionados com doenças crônicas de indivíduos e famílias,⁽¹²⁾ porém, mesmo em condições não patológicas, como no parto, as parturientes necessitam de cuidado do enfermeiro para manutenção da segurança no nascimento.

No parto na água, cujo cenário é comumente natural, com assistência da enfermeira, o presente estudo se construiu, a partir do questionamento: Como as enfermeiras obstetras/obstetrixes promovem o autocuidado no parto na água? Assim, o objetivo estabelecido foi analisar a compreensão de puérperas sobre a participação da enfermeira obstetra/obstetrix no parto na água, sob a luz da teoria do autocuidado.

Este estudo subsidia o conhecimento da necessidade do autocuidado que emerge no modelo de parto na água. Pode favorecer o desenvolvimento de competências técnico-científicas e ético-políticas para o desempenho da assistência e do ensino em obstetrícia, além de configurar estratégias, ferramentas e modelos teórico-práticos para a necessidade do autocuidado na assistência obstétrica.

Métodos

Investigação qualitativa, guiada à luz da Análise de Conteúdo, com entrevista em profundidade sobre a necessidade do autocuidado, seguindo os critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).⁽¹³⁾

A população constituiu-se de 15 mulheres que participaram voluntariamente do Projeto Parto na Água em hospital público em Setúbal/Portugal, com protocolo e sistematização do atendimento, proposto pela equipe de enfermeiros obstetras, que após visita técnica em outros projetos similares na Europa, elaboraram protocolo institucional para o atendimento. Treinaram 25 enfermeiros obstetras e iniciaram atendimento; aplicaram ao final do processo um inquérito de satisfação do cuidado recebido à puerpera. Participaram também seis mulheres que tiveram seu parto na água em hospital privado no Porto/Portugal, totalizando 21 participantes do estudo.

Foram considerados critérios de inclusão: mulheres que vivenciaram o parto na água; que não utilizaram métodos farmacológicos para o alívio da dor; com idade gestacional igual a 37 semanas ou mais; que aceitaram participar do estudo e que necessitaram da intervenção da enfermeira obstetra/obstetrix. Foram excluídas as mulheres cujos bebês não nasceram na água; utilizaram práticas farmacológicas para alívio da dor e que entraram em trabalho de parto prematuro.

Na presente pesquisa, utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística “bola de neve”, onde a primeira participante indicou as demais até a saturação dos discursos. As entrevistas foram semi-estruc-

turadas contendo 19 questões, gravadas em áudio com duração média de 60 minutos, realizadas entre outubro/2015–setembro/2016 (domicílio, cafés, praças ou local de trabalho) conforme a disponibilidade da puerpera em participar do estudo.

Para a sistematização, realizou-se a transcrição na íntegra de todo o conteúdo oral, seguido da descrição analítica das informações e significados contidos nas mensagens. Após leitura exaustiva do conteúdo, identificou-se os discursos relacionados com cada tema, emergindo as categorias analíticas, cujos achados foram interpretados à luz do interacionismo simbólico, sendo as narrativas organizadas com base na Análise de Conteúdo, conforme Laurence Bardin,⁽¹⁴⁾ contemplando as etapas: leitura flutuante das entrevistas, constituição de corpus textual com material tratado e interpretado, identificação do núcleo organizador do conteúdo e formação de categorias, expressando consenso e particularidades.⁽¹⁴⁾

Para o processamento dos dados, organizou-se corpus textual com as transcrições de todas as entrevistas viabilizado no software Nvivo[®]10, para a codificação dos discursos e posterior agrupamento dos temas com os relatos das participantes sobre a necessidade de autocuidado em suas experiências no parto na água. Identificou-se as expressões-chave (fragmentos dos depoimentos que revelam a essência da argumentação), ideias centrais (síntese, feita pelo pesquisador, que revela o sentido dos depoimentos) e ancoragens (enunciado valorativo, crença ou teoria que é explicitada pelo participante), a partir das quais formou-se o Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste na forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando, em um discurso-síntese, os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas.⁽¹⁵⁾

Para garantia do sigilo, as narrativas foram identificadas pela inicial “P” de participante, seguida pelo número de identificação do formulário, por exemplo (P1), e assim sucessivamente. As entrevistas foram realizadas por um único entrevistador, após a aprovação ética pela Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd - 9885/2015) e aceite voluntário com a assinatura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A pesquisa contou com 21 puérperas com idade entre 35-45 anos (61,9%), prevalecendo a nuliparidade (66,7%), a escolaridade superior completa (76,2%), a união estável (81%), o preparo para o parto na água (100,0%), companheiros como acompanhantes (95,2%) e satisfação com a experiência do parto na água (100,0%), projetando sua repetição. Para responder ao problema e ao objetivo do estudo, realizou-se o processo analítico das narrativas por meio da vivência que cada participante trouxe consigo no processo do parto na água, que possibilitaram as interpretações e as inferências desenvolvidas, originando a grande categoria “Necessidade de Autocuidado no Contexto do Parto na Água”, com os subtemas:

Categoria – Necessidade de autocuidado no contexto do parto na água

Subtema 1 – Medo de não conseguir vivenciar o parto na água

O medo foi sentimento relatado pela possibilidade de não conseguir viver a escolha do parto idealizado. Configurou-se em possível causador de bloqueio à parturiente repercutindo no autocuidado, com necessária intervenção de um intermediador.

(...)meu medo era devido aos protocolos. Eu não sabia até que ponto não ia entrar ali alguém ou algum médico e dizer “meninos já passa das duas horas (imersão) e há um protocolo. Esta senhora tem de sair já!” Eu estava com medo, mas o enfermeiro agarrou-me as mãos e pressionou-me uns pontos bons para acalmar e disse-me para ter calma, para me tranquilizar, que eu conseguia, que eu tinha força. Empoderou-me ali, aquilo entrou assim numa nuvem e ele nasceu a seguir.(...).(P2)

(...)os meus medos, um deles era o controle da dor, tinha receio de não conseguir fazer esse controle e pensava na situação da minha mãe porque ela passou a noite toda no hospital sem apoio, sem analgesia, com direito a episiotomia e episiorrafia, e mais traumático que isso eu não conseguiria aguentar. Também tinha receio de fazer uma laceração pro-

funda, e fui controlando um pouco e fazendo exercícios perineais para também ultrapassar isso na gravidez(...).(P13)

Subtema 2 – Percepção do manejo seguro da distócia

A distócia configurou em apenas uma fala sobre a necessidade do cuidado e de intervenção para um parto bem-sucedido. O apoio do companheiro possibilitou segurança e tranquilidade, além da sabedoria da enfermeira que auxiliou a vivência do parto planejado.

(...)ao entrar na piscina consegui relaxar e as dores das contrações diminuíram muito, senti que todo o ambiente de privacidade e tranquilidade, juntamente com a presença e apoio do meu marido. No expulsivo senti frustração, estava há quase 24h sem comer, sem dormir e sem capacidade física para esse momento. Após várias tentativas, ao fim de quase 2h que entrara na piscina, a enfermeira aconselhou-me a sair. Explicou-me pacientemente que se dentro de minutos o bebé não nascesse ela seria obrigada a chamar um médico para intervir. Perguntou-me se queria voltar a tentar a expulsão na piscina e eu disse que sim. Ganhei a força que não tinha e no processo a enfermeira percebeu que havia um problema acrescido: o meu bebé tinha a cabeça numa posição que tornava quase impossível a sua saída de forma natural, felizmente, esta profissional decidiu agir e deu a ajuda necessária para que a cabeça do bebé ficasse onde devia, o que tornou possível ter um parto eutócico(...).(P16)

Subtema 3 – Desconhecimento sobre a gravidade que constitui a hemorragia pós-parto (HPP)

A hemorragia é uma condição de risco de vida e iminência de morte materna se não for controlada. Percebe-se a necessidade de cuidado quando a participante demonstra despreocupação com a HPP.

(...)passou uma hora e tal e não parava de sangrar, mas não estava nem aí(...).(P4)

(...)eu vou lhe perguntar uma coisa. “Isto está um pouco complicado, não está a estancar o sangue e

gostaria de aplicar a ocitocina para parar, posso lhe dar?” e eu disse “Força agora que ela já está cá fora pode me dar o que quiser”(…). (P4)

Subtema 4 – Incompetência no reparo de traumas perineais

Em parto fisiológico, pode ocorrer lacerações sangrantes que necessitam de reconhecimento de sua extensão, grau de laceração, requerendo reparo perineal por profissional competente.

(...)o períneo sofreu lacerações mínimas. Levei dois ou três pontinhos internos e externos para reforçar. A minha recuperação foi bastante rápida(...). (P 3)

(...)rasguei muito por dentro e por fora, levei uma série de pontos. Costumo dizer que custou-me mais ser cosida do que nascer o meu filho. Na maca, deram-me injeção de ocitocina, por acaso não tinha colocado nada a esse respeito no plano de parto, e começaram a coser e aquilo demorou imenso, e colocaram o bebê a mamar(...). (P 9)

Discussão

O medo de não viver o parto na água, interferiu no autocuidado e foi fortalecido devido a não autorização pelo médico do uso da imersão da mulher, indicação da sua saída após duas horas na banheira, conforme protocolo estabelecido, falta de autocontrole relacionado a dor, e a possibilidade de trauma perineal profundo.⁽¹⁶⁾

O medo reverbera dificuldade no autocontrole, pode se configurar em aprisionamento e impossibilidade de viver o esperado. Neste caso, a enfermeira pode trazer a parturiente de volta ao foco do parto. Quando a evolução é fisiológica, os principais obstáculos para o pleno controle da situação são historicamente: a dor, o medo da morte materna ou neonatal, o medo de perder a integridade dos genitais e da mutilação.⁽¹⁷⁾

O medo da dor, justifica as mais variadas providências farmacológicas para seu alívio, entretanto o parto na água possibilita parto natural com liberdade de escolha, respeito nas decisões e ao mesmo

tempo, conta com o apoio e a intervenção oportuna da enfermeira na eminência de riscos que por vezes, a parturiente ignora ao colocar-se à prova, mas sob o olhar tranquilo e seguro da profissional capacitada.

Outro fator que desvelou interferências no desenvolvimento do autocuidado, foi a distocia de ombros, sendo necessário um profissional para diagnosticá-la e atuar na correção. No presente estudo, foi percebido exaustão da mulher em decorrência do trabalho de parto prolongado. Uma compreensão profunda do acontecimento possibilita o desenvolvimento de estratégias e cuidado inovador para uma experiência de parto positiva, com reestruturação do plano de cuidado integral e holístico.⁽¹⁸⁾

A distocia, quando caracterizada por um processo de transição pelo qual as mulheres passam do parto normal ao parto médico, configura-se em “perda de escolha”.⁽¹⁷⁾ No presente estudo, fato interessante foi encontrado no relato de uma participante onde descreve que o enfermeiro entrevistou de maneira positiva na correção de uma distocia, evidenciando a necessidade do cuidado de um profissional competente, conforme descrito na teoria de Autocuidado de Orem.

Estudo com grupo de parturientes onde um utilizou a água e outro não, concluiu que não houve diferença em relação as lacerações perineais para o grupo que teve o parto na água, porém ocorreu maior incidência de HPP e distocia de ombro,⁽¹⁹⁾ o que reforça que mesmo um parto fisiológico pode haver intercorrência necessitando da enfermeira obstetra/obstetriz treinada para atender partos em todos os ambientes, como orienta a teoria do autocuidado.

Pesquisa com 306 partos na água e 306 convencionais, constatou que a duração do trabalho de parto foi significativamente menor no parto na água e a frequência de distocia foi inversamente maior no parto convencional, além de intervenções como uso de ocitocina e amniotomia.⁽²⁰⁾

O 3º período do parto, é um momento que requer autocuidado por parte da puérpera, uma vez que fica susceptível a hemorragias, porém é imprescindível a atuação da enfermeira para a identificação e manejo precoce para rápida reversão e prevenção de morte materna. A enfermeira obstetra

competente conduzirá a situação com segurança e atuará na prevenção de hemorragia.^(21,22)

O cuidado no 3º período das puérperas participantes do estudo, foi com manejo fisiológico, clampamento do cordão umbilical tardio, e expulsão da placenta por esforço materno, com a vigilância da enfermeira obstetra para a garantia do bem estar materno e neonatal. Na atualidade, há consenso quanto ao manejo ativo para prevenção de hemorragia com uso de uterotônicos, sendo a ocitocina o principal componente da prevenção da HPP, somado à tração controlada de cordão, clampamento oportuno do cordão, massagem uterina após dequitação e contato pele a pele.^(21,22) O autocuidado implica no fato da puerpera estar orientada para identificação de desvio da normalidade, e necessidade da profissional com olhar clínico e avaliativo para a tomada de decisão oportuna.

Estudo do Reino Unido, com 46.088 partos espontâneos a termo de baixo e médio risco atendidos em maternidades, constou de 6.264 partos na água (13,6%), associação significativamente parto na água e redução da HPP (OR ajustado 0,68; 0,51-0,90) e internação em unidade neonatal (OR ajustado 0,65; 0,65-0,78).⁽²³⁾

Pesquisa com 397 partos na água e 2.025 convencionais não encontrou diferença para o score de Agar e transferência neonatal para cuidados intensivos, bem como, com relação as taxas de hemorragias, porém as mulheres no parto na água foram menos propensas a lacerações de primeiro e segundo graus, exigindo suturas.⁽²⁴⁾

É mandatória a avaliação da placenta pelo profissional para descartar hipótese de hemorragia devido a restos placentários. Quando a dequitação for na água é primordial a atenção expectante pela enfermeira e a monitoração contínua do bem-estar materno, por meio da verificação dos sinais vitais, e coloração da água, que pode indicar necessidade de intervenção rápida, precisa e resolutiva da enfermeira. Assim como, nas possíveis roturas perineais sangrantes, que requerem reparo e evidenciam a necessidade de cuidados, interferindo no autocuidado da puépera.

Nesse estudo, as participantes referiram que sofreram laceração perineal, cujo reparo se deu com o

recém-nascido disposto sobre o abdômen materno em contato pele a pele.

Pesquisa comparou desfechos de partos na água e convencionais com 26.684 mulheres, encontrou dados favoráveis no grupo do parto na água quanto a redução de partos prolongados no primeiro ou segundo estágio, distocias de ombro, lacerações perineais, episiotomias e hemorragias.⁽²⁵⁾

Quanto a incidência de traumas perineais no parto, investigação com 1.007 mulheres que tiveram parto na água e 36.924 da população obstétrica geral, não foi encontrado diferença significativa na incidência de traumas perineais maiores. Concluíram que dar à luz na água reduziu a chance de ter um períneo intacto.⁽²⁶⁾

Estudo com 1.665 mulheres com fatores de risco obstétricos moderados, investigou os desfechos maternos e fetais após a imersão em água e/ou parto na água, em comparação com convencional, concluiu que apesar de fatores de risco obstétricos moderados, como administração de ocitocina e indução do trabalho de parto, os desfechos maternos e neonatais foram semelhantes entre os grupos.⁽²⁷⁾

O parto na água, foco do presente estudo, na maioria das vezes, permite vivenciar o autocuidado, entretanto, não dispensa a necessidade da atuação vigilante e cuidadosa da enfermeira para o nascimento seguro.⁽²³⁻²⁷⁾

Diante dos achados, a necessidade de cuidado determinou a atuação da profissional na assistência ao parto apenas no momento em que a mulher se encontrou inábil para o suprimento do autocuidado. Pode-se conhecer que a ação do profissional promove e incentiva o autoconhecimento, o autocontrole e o autocuidado, com abordagem integral/holística para as ações da prática obstétrica.

A presente investigação inaugura uma linha de conhecimento sobre déficit de autocuidado no campo da assistência obstétrica, em especial, na modalidade parto na água. As limitações do estudo referem-se a estratégia de coleta de dados, uma vez que a técnica “bola-de-neve” tende a sobrepárear as características dos entrevistados. Estudos com outras estratégias e delineamentos são necessários para corroborar e/ou aprofundar os achados dessa pesquisa.

Conclusão

As participantes identificaram que a presença da enfermeira obstetra/obstetriz, trouxe segurança para que prosseguissem confiantes no modelo de parto na água. As necessidades das mulheres foram atendidas com respeito permanente pelas profissionais, o que favoreceu a autonomia das puérperas, a harmonia entre as partes e o suporte da enfermeira.

Colaborações

Camargo JCS, Albuquerque RS, Osawa RH, Correa EECS, Lavieri EC, Néné M e Grande MCLR contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/97892415?sequence=1>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La Estrategia Mundial de Partería 2018-2030. Panamá: UNFPA; 2019 [citado 2021 Ago 6]. Disponible em: <https://lac.unfpa.org/es/publications/unfpa-estrategia-mundial-de-parter%C3%ADa-2018-2030>
- Nove A, Friberg IK, Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a lives saved tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2019;9(1):e24-32.
- Carpenter J, Burns E, Smith L. Factors associated with normal physiologic birth for women who labor in water: a secondary analysis of a prospective observational study. *J Midwifery Womens Health*. 2022;67(1):13-20.
- A model practice template for hydrotherapy in labor and birth. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(1):120-6.
- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD000111. Review.
- Bovbjerg ML, Cheyney M, Everson C. Maternal and newborn outcomes following waterbirth: the midwives alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(1):11-20.
- Ou Y, Zhou Y, Xiang P. Effect of obstetric fine nursing on pain during natural childbirth and postpartum recovery. *Iran J Public Health*. 2018;47(11):1703-8.
- Cavalcante RJ, Moreira RC, Peñarrieta EC, Barrêto LG. A fenomenologia como possibilidade de um olhar atento para as práticas obstétricas. *Acta Paul Enferm*. 2018;31:71-8.
- Orem DE. *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby; 6th Ed; 2001. 542 p.
- World Health Organization (WHO). What do we mean by self-care? Sexual and reproductive health. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Feb 15]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/definitions/en/>
- Hartweg DL, Metcalfe SA. Orem's self-care deficit nursing theory: relevance and need for refinement. *Nurs Sci Q*. 2022;35(1):70-6.
- Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016. 141 p.
- Silva TM, Sousa KH, Oliveira AD, Amorim FC, Almeida CA. Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:1-8.
- Camargo JC, Varela V, Ferreira FM, Pougy L, Ochiai AM, Santos ME, et al. The Waterbirth Project: São Bernardo Hospital experience. *Women Birth*. 2018;31(5):e325-33.
- Souto SP, Albuquerque RS, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200551.
- Kissler K, Jones J, McFarland AK, Luchsinger J. A qualitative meta-synthesis of women's experiences of labor dystocia. *Women Birth*. 2020;33(4):e332-8.
- Neiman E, Austin E, Tan A, Anderson CM, Chipps E. Outcomes of waterbirth in a US hospital-based midwifery practice: a retrospective cohort study of water immersion during labor and birth. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(2):216-23.
- Ulfsdottir H, Saltvedt S, Georgsson S. Waterbirth in Sweden - a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(3):341-8.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica*. Brasília (DF): OPAS; 2018 [citado 2021 Ago 5]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34879>
- World Health Organization (WHO). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Aughey H, Jardine J, Moitt N, Fearon K, Hawdon J, Pasupathy D, Urganci I; NMPA Project Team, Harris T. Waterbirth: a national retrospective cohort study of factors associated with its use among women in England. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):256. Erratum in: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):388.
- Bailey JM, Zielinski RE, Emeis CL, Kane Low L. A retrospective comparison of waterbirth outcomes in two United States hospital settings. *Birth*. 2020;47(1):98-104.
- Snapp C, Stapleton SR, Wright J, Niemczyk NA, Jolles D. The experience of land and water birth within the American Association of Birth Centers Perinatal Data Registry, 2012-2017. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2020;34(1):16-26.
- Papoutsis D, Antonakou A, Gornall A, Tzavara C. The incidence of and predictors for severe perineal trauma and intact perineum in women having a waterbirth in England: a hospital-based study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(5):681-8.
- Seed E, Kearney L, Weaver E, Nugent R. Taking the plunge: water immersion for labour and birth amongst women with moderate obstetric risk factors: a prospective cohort study. *Authorea*. 2021 Aug 28; DOI:10.22541/au.163016246.62890479/v1.