

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“E numa altura em que temos uma sociedade completamente louca e destrambelhada e não sabemos para que lado nos virar, se calhar é mesmo importante olharmos para como estamos a nascer e como estamos a ser criados.”

R. F. (Mãe participante no estudo)

Agradecimentos

À minha família e aos meus amigos sinceros, porque nunca é demais agradecer a vossa presença na minha vida. Um especial à minha mãe e mana, por tudo o que representam para mim.

À Professora Doutora Emília Coutinho, pela orientação, apoio, paciência, dedicação e disponibilidade... Por acreditar neste estudo tanto quanto eu!

Às mães participantes no estudo, por partilharem a vossa experiência.

Aos EESMOS que ajudam estas mulheres a ter esta experiência de parto, por acreditarem e defenderem os seus planos tão bem ou melhor que elas e por acreditarem no parto na água.

Às Mães D' Água, pelo trabalho nobre e incansável que desenvolvem e contributo para este trabalho.

Resumo

O parto na água é um modelo de assistência às mães/casais que priorizam uma experiência que respeita o parto espontâneo e natural, numa perspetiva de maior pro-atividade da mulher. É desta forma que o momento do parto constitui uma experiência que responde às necessidades, expectativas e satisfação materna. Partindo deste pressuposto, o presente estudo pretende avaliar a experiência vivida por mães que tiveram um parto na água. Desta forma, foram realizadas entrevistas a 13 mães dos distritos de Setúbal, Lisboa, Leiria e Porto de forma a perceber quais os benefícios que destacam desta experiência. Os testemunhos foram agrupados em 7 categorias, e estas em subcategorias. E face os resultados foi possível constatar que a maioria das mães refere como benefícios do parto na água o alívio da dor e a oportunidade de ver o filho nascer. Destacam ainda a importância do EESMO na promoção da adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, da participação ativa da mãe no parto e menor intervenção do EESMO, e no respeito e proximidade demonstrados pelo mesmo. Salientam ainda a sua elevada satisfação sentida na experiência de um parto natural.

Palavras-chave: Parto na água, parto natural, experiência, EESMO.

Abstract

Waterbirth is a model of assistance to mothers / couples that prioritize an experience that respects spontaneous and natural childbirth, in a perspective of greater pro-activity of the woman. It is in this way that the moment of delivery is an experience that responds to maternal needs, expectations and satisfaction. Based on this assumption, this study intends to evaluate the experience of mothers who had a birth in water. In this way, interviews were carried out with 13 mothers from the districts of Setúbal, Lisbon, Leiria and Porto in order to perceive the benefits that stand out from this experience. The testimonies were grouped into 7 categories, and these into subcategories. And in the face of the results, it was possible to verify that the majority of mothers refer to pain relief and the opportunity to see the child born as the benefits of childbirth in water. They also highlight the importance of EESMO in promoting the adoption of non-pharmacological strategies for pain relief, active participation of the mother in childbirth and less intervention of the EESMO, and the respect and proximity demonstrated by the same. They also highlight their high satisfaction in the experience of a natural childbirth.

Keywords: Waterbirth, natural childbirth, experience, EESMO.

Índice

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	15
Lista de Tabelas.....	17
Introdução.....	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1. O Parto.....	23
1.1. Parto Normal / Natural.....	23
1.2. Parto Humanizado.....	23
1.3. Parto Ativo.....	24
1.4. Plano de Parto.....	24
1.5. Fisiologia Hormonal do Parto.....	25
1.5.1. Ocitocina.....	25
1.5.2. Endorfinas.....	26
1.5.3. Adrenalina.....	26
1.5.4. Prolactina.....	26
2. O Parto na Água.....	27
2.1. Imersão em Água no Trabalho de Parto vs. Parto na Água.....	27
2.2. Evidência Científica.....	27
2.3. Efeitos do Parto na Água nas Mulheres.....	29
2.3.1. Parto normal.....	29
2.3.2. Posição de parto vertical.....	29
2.3.3. Parto não manipulado (“hands-off”).....	30
2.3.4. Escala de dor.....	30
2.3.5. Necessidade de analgesia.....	32
2.3.6. Duração do primeiro estágio do trabalho de parto.....	32
2.3.7. Duração do segundo estágio do trabalho de parto.....	33
2.3.8. Duração do terceiro estágio do trabalho de parto.....	33
2.3.9. Períneo íntegro.....	34
2.3.10. Episiotomia.....	34
2.3.11. Lacerações perineais de primeiro e segundo graus.....	35
2.3.12. Lacerações perineais de terceiro e quarto graus.....	35

2.3.13. Trauma perineal grave.....	36
2.3.14. Hemorragia pós-parto.....	36
2.3.15. Satisfação.....	37
2.3.16. Funcionamento do soalho pélvico.....	37
2.4. Efeitos do Parto na Água nos Recém-nascidos.....	37
2.4.1. Mortalidade perinatal.....	37
2.4.2. Valor de apgar ao primeiro minuto.....	38
2.4.3. Valor de apgar aos cinco minutos.....	38
2.4.4. Dificuldades respiratórias.....	39
2.4.5. Distócia de ombros.....	39
2.4.6. Rutura do cordão umbilical.....	39
2.4.7. pH do cordão umbilical.....	42
2.4.8. Reanimação do recém-nascido.....	42
2.4.9. Admissão em unidades de cuidados intermédios ou intensivos neonatais.....	42
2.4.10. Infeções nos recém-nascido.....	43
2.4.11. Streptococcus do Grupo B.....	44
2.5. Declarações de Posição.....	44
3. Parto na Água Internacional.....	47
3.1. História do Parto na Água Internacional.....	47
4. Parto na Água em Portugal.....	49
4.1. História do Parto na Água em Portugal.....	49
4.2. Projeto Pioneiro de Imersão e Parto na Água no SNS Português.....	50
4.3. Movimento Mães D' Água.....	50
Parte II – ESTUDO EMPÍRICO.....	53
5. Metodologia.....	55
5.1. Tipo de Estudo.....	55
5.1.1. A Fenomenologia de Max Van Manen.....	55
5.1.2. Voltando-me para a natureza da experiência vivida - vivências de mulheres na sua experiência de parto na água.....	59
5.1.3. Selecionando a perspetiva de estudo do fenómeno.....	59
5.1.4. Selecionando as participantes do estudo e o contexto onde se dá o fenómeno.....	59
5.2. Técnica de amostragem.....	60
5.3. <i>Investigando a Experiência Vivida</i>	60
5.3.1. Obtendo as descrições da experiência vivida.....	60
5.4. Desenvolvendo uma reflexão fenomenológica hermenêutica.....	60

5.5. Rigor científico do estudo.....	61
5.6. Aspectos Éticos.....	61
6. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	63
6.1. Caracterização da Amostra.....	63
6.1.1. Participantes do estudo.....	63
6.2. Apresentação de Resultados.....	66
6.3. Discussão de Resultados.....	74
6.3.1. Benefícios da água.....	74
6.3.2. Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados.....	75
6.3.3. Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher.....	79
6.3.4. A Mulher como protagonista do seu parto.....	80
6.3.5. Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência.....	82
6.3.6. Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher.....	83
6.3.7. Constrangimentos sentidos pela mulher.....	83
Conclusão.....	85
Referências Bibliográficas.....	87
Anexos.....	95
Anexo 1 – Autorização Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	97
Anexo 2 – Declaração de Consentimento Livre e Informado.....	101

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AABC – American Association of Birth Centers

AAP – American Academy of Pediatrics

ACNM – American College of Nurse-Midwives

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APDMGP – Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CfM – Citizens for Midwifery

CMESMOG – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

EUA – Estados Unidos da América

FDA – Food and Drug Administration

ICM – International Confederation of Midwives

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

MANA – Midwives Alliance of North America

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NZCM – New Zealand College of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

RCM – Royal College of Midwives

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RN – Recém-nascido

SGB – Streptococcus do grupo B

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

WBI – Waterbirth International

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra relativa à idade.....	64
Tabela 2 - Caracterização da amostra relativa à localização geográfica (distrito).....	65
Tabela 3 - Caracterização da amostra relativa às habilitações académicas.....	65
Tabela 4 - Caracterização da amostra relativa à situação profissional.....	66
Tabela 5 - Caracterização da amostra relativa à nacionalidade.....	66
Tabela 6 - Caracterização da amostra relativa ao estado civil.....	66
Tabela 7 - Caracterização da amostra relativa ao local do parto na água.....	67
Tabela 8 - Caracterização da amostra relativa à ocorrência de complicações na gravidez...67	
Tabela 9 - Resultados relativos às 7 categorias.....	68
Tabela 10 - Resultados relativos à categoria "Benefícios da água".....	69
Tabela 11 - Resultados relativos à categoria "Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados".....	70
Tabela 12 - Resultados relativos à categoria "Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher".....	72
Tabela 13 - Resultados relativos à categoria "A mulher como protagonista do seu parto"...73	
Tabela 14 - Resultados relativos à categoria "Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência".....	73
Tabela 15 - Resultados relativos à categoria "Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher".....	74
Tabela 16 - Resultados relativos à categoria "Constrangimentos sentidos pela mulher".....	75

Introdução

O nascimento de um novo ser é um acontecimento cheio de significado não só para a mãe como para a restante família. Com um acentuado decréscimo da taxa de natalidade em Portugal entre os anos de 1970 a 2016, de 180.690 para 87.126 nados vivos (INE; citado por PORDATA, 2018), é conferido a cada nascimento uma relevância cada vez mais significativa. A mulher/casal deposita muitas expectativas em toda a gravidez, parto e nascimento, planeia todas as fases pormenorizadamente e assume um papel ativo, o qual se evidencia na apresentação, cada vez mais frequente, dos Planos de Parto (Lopes, 2016, 167). Atualmente assiste-se a uma forte tentativa de reconquistar o papel das mulheres no trabalho de parto, reconhecendo que estas são o elemento principal e determinante neste processo. O parto humanizado visa valorizar a mulher enquanto protagonista do seu parto, dando espaço ao respeito pela sua vontade, à expressão de sentimentos, à negociação de intervenções, etc. (Correia, 2011; citado por Moreira, 2014, 32).

Muitas mulheres sentem-se atraídas pela água durante o trabalho de parto e consideram que a imersão em água promove o relaxamento, a liberdade de movimentos e um alívio da dor e desconforto provocados pelas contrações. (Balaskas, 2017, 255) Algumas mulheres preferem continuar o processo na água e escolhem ter o seu parto na água. (Balaskas, 2017, 255) A importância da imersão em água no trabalho de parto é comprovada por várias investigações desenvolvidas nas últimas décadas e estima-se que cada vez mais mulheres passem a escolher ter acesso a uma piscina durante o seu trabalho de parto e/ou parto. (Balaskas, 2017, 255)

Em Portugal, o primeiro parto na água numa instituição pública, documentado, remonta a novembro de 2008. O Hospital de São Bernardo, em Setúbal, foi pioneiro na utilização da água no trabalho de parto e parto, tornando-se a primeira instituição pública da Península Ibérica a proporcionar esta experiência, a qual se manteve até junho de 2014, altura em que esta prática é questionada e se decide a suspensão da imersão e parto na água nesta instituição. (Mães D'Água, s.d)

Neste sentido, e com vista a fomentar a melhoria dos cuidados de saúde materno-fetais em Portugal, considera-se fundamental identificar os pilares que sustentam a manutenção desta prática em vários países do mundo e ouvir as mães que tiveram o seu parto na água – o que têm a dizer sobre as suas experiências de parto.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O Parto

1.1. Parto Normal / Natural

Segundo a *International Confederation of Midwives* (ICM, 2014; citado por Rodrigues, 2016, p. 377) o parto normal é definido como

“o parto natural na sua essência: um processo dinâmico em que o trabalho de parto se inicia, desenvolve e completa-se com o nascimento espontâneo de um feto de termo e em posição de vértice, sem qualquer intervenção (compreenda-se farmacológica, cirúrgica ou médica), em que se assiste e respeita a fisiologia materno-fetal, no seu contexto psicossocial.”

“Os EESMOS/Parteiras são profissionais formados para apoiar e promover a normalidade do parto, assim como reconhecer os desvios ao “normal”, intervindo quando necessário e apropriado”. (Garland, 2011; citado por Rodrigues, 2016, p. 378) Assim, a conduta dos EESMOS deve passar por privilegiar o atendimento ao parto natural, conferindo segurança nos cuidados e adotando uma atitude expectante. (Rodrigues, 2016, p. 378)

1.2. Parto Humanizado

De acordo com Correia (2011; citado por Moreira, 2014, p. 32), o conceito de humanizar o parto é visto por médicos e diretores de serviço como “proporcionar melhores condições e conforto às parturientes, permitindo-lhes um acompanhante durante o trabalho de parto e proporcionar um atendimento mais gentil e simpático...”. Contudo, humanizar o parto consiste em restituir o protagonismo à mulher. (Moreira, 2014, p. 32)

Segundo Pontes e Lima (2012; citados por Moreira, 2014, p. 32) um bom atendimento e a crença de que o médico é o detentor do conhecimento, leva a mulher a não questionar as decisões médicas e conseqüentemente a submeter-se a práticas intervencionistas, mesmo que não seja da sua vontade. Os mesmos autores, defendem uma mudança no modelo assistencial e para isso é importante “que a mulher tenha um papel ativo e que o protagonismo feminino seja novamente resgatado, para que as novas gerações possam nascer por meio de um parto informado, seguro e verdadeiramente humanizado.”.

Assim, o profissional tem um papel importante na devolução do protagonismo à mulher. Torna-se fundamental ouvir a sua opinião, entender os seus anseios, desejos e medos, respeitar as suas escolhas e informá-la, para que a sua decisão seja tomada de forma consciente e segura. (Correia, 2011; citado por Moreira, 2014, 32)

1.3. Parto Ativo

Janet Balaskas (2017, p. 43) apresenta o conceito de parto ativo como a forma como a mulher, num trabalho de parto e parto normais, se comporta, quando esta “segue os seus próprios instintos e a lógica fisiológica do corpo”. Por outras palavras, a mulher assume uma postura de total controlo sobre o seu corpo durante todo o processo, deixando de ser objeto de “condução ativa” por parte da equipa de profissionais. (Balaskas, 2017, p. 43) A mulher irá parir de forma natural e espontânea gozando de uma completa liberdade para atender ao que o corpo lhe pede e para o usar conforme a sua vontade. (Balaskas, 2017, p. 44)

De acordo com Balaskas (2017, p. 43) “Caso alguma dificuldade ou complicação inesperada aconteça, estará livre de fazer uso da tecnologia da obstetrícia moderna, sabendo que deu o seu melhor, que a escolha foi sua e que a intervenção era, realmente, necessária.”. A mesma autora defende que desta forma até o parto mais difícil pode resultar numa experiência positiva.

1.4. Plano de Parto

O Plano de Parto (ou também designado de Plano de Nascimento ou Plano de Preferências de Parto) é um documento que assenta as preferências da grávida/casal relativas ao seu trabalho de parto, parto e pós-parto. (APDMGP, 2015) O plano de parto, já utilizado em 1993 em 78% das salas de parto da Grã-Bretanha e implementado em 2007 em Espanha, chega a Portugal em 2010 após uma publicação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em parceria com a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e a subscrição pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2012. (Lopes, 2016, p. 168) É um plano específico para cada grávida/casal que a/os ajudará a perceber o que acontece em cada fase do trabalho de parto e a delinear as suas ideias, com o apoio do enfermeiro ou médico obstetras no esclarecimento de todas as dúvidas. (APDMGP, 2015; Lopes, 2016, p. 167-168) Contudo as linhas orientadoras traçadas pela grávida/casal poderão sofrer alterações mediante o seu historial clínico, ou as condições da instituição onde a grávida será acolhida

e/ou decorrentes do trabalho de parto e do estado da mãe e bebê. (APDMGP, 2015) Como tal a grávida/casal deverá encarar o plano de parto como um conjunto de desejos e não como um conjunto de regras que deverão ser seguidas criteriosamente. (APDMGP, 2015) Em situações de risco, as alterações ao plano devem ser esclarecidas e consentidas pela grávida/casal. (Lopes, 2016, p. 168)

“O plano de parto deverá ser muito mais do que a elaboração de uma lista de opções e escolhas, deverá refletir o envolvimento pessoal que confira confiança ao casal, permitindo criar um ambiente de segurança que culmine com uma experiência satisfatória.” (Lothian, 2000; citado por Lopes, 2016, p. 168) Desde 2010, o plano de parto começa a ser apresentado nos serviços de urgência obstétrica portugueses, contudo não de uma forma generalizada. (Lopes, 2016, p. 168) Torna-se portanto evidente a necessidade de dar mais importância ao plano de parto, que reflete o percurso escolhido e planeado pela grávida, que se “sente segura e capacitada para parir com o mínimo ou total ausência de intervenções técnicas no decurso do parto normal”. (Lopes, 2016, p. 168)

1.5. Fisiologia Hormonal do Parto

De acordo com Balaskas (2017, p. 73) o trabalho de parto e parto são desencadeados e controlados por um conjunto de hormonas produzidas pela mãe, placenta e bebê, que interagem entre si. A mesma autora identifica quatro principais hormonas que desencadeiam respostas físicas e comportamentais por parte da mãe durante o trabalho de parto e parto, a ajudam a responder de forma maternal ao bebê, assim como à adaptação do bebê à mãe após o nascimento: ocitocina, endorfinas, adrenalina e prolactina.

1.5.1. Ocitocina

A ocitocina também designada de “hormona do amor” por Niles Newton é a principal hormona ligada ao parto. (Balaskas, 2017, p. 73) Segundo Balaskas (2017, p. 77) esta hormona desencadeia contrações uterinas durante o trabalho de parto, atua na eliminação ou diminuição da dor, tornando-a suportável, e é responsável também pelo reflexo de parto e libertação de leite. Os níveis dessa hormona vão aumentando gradualmente, gerando contrações cada vez mais intensas e mais próximas, sofrendo um rápido aumento no expulsivo e atingindo o seu pico aquando da dequitação. (Balaskas, 2017, p. 77)

1.5.2. Endorfinas

Também chamadas opiáceos naturais, “consideradas as hormonas do prazer e da recompensa”, estas são compartilhadas por mãe e bebé. (Balaskas, 2017, p. 77) De acordo com Balaskas (2017, p. 77) a par de cada descarga de ocitocina também as beta-endorfinas são libertadas na corrente sanguínea. A autora supracitada refere que à medida que as contrações se intensificam, decorrentes do aumento dos níveis de ocitocina, também o nível de endorfinas aumenta, atingindo o seu pico no momento do parto e “esta é a resposta da Natureza para a dor.”.

1.5.3. Adrenalina

A adrenalina é conhecida e associada à inibição do trabalho de parto, contudo, se ocorrer uma descarga de adrenalina no momento certo, esta pode impulsionar o reflexo expulsivo do bebé e proporcionar um parto rápido. (Balaskas, 2017, p. 79) De acordo com Balaskas (2017, p. 80) esta hormona também tem um papel importante no bebé, preparando-o para o nascimento e para respirar através dos pulmões quando estiver no meio extra-uterino.

1.5.4. Prolactina

Segundo Balaskas (2017, p. 81) a prolactina, também chamada de hormona da maternidade carinhosa é libertada na corrente sanguínea imediatamente antes e logo após o parto e é “essencial para a produção de leite materno e para os instintos maternos protetores”. Os níveis desta hormona permanecem altos enquanto a mãe continuar a amamentar. (Balaskas, 2017, p. 81)

2. O Parto na Água

2.1. Imersão em Água no Trabalho de Parto vs. Parto na Água

A imersão na água durante o trabalho de parto ocorre quando a mulher entra para uma banheira ou piscina de água morna durante o primeiro estágio do trabalho de parto (Dekker, 2014), em que o abdômen se encontra totalmente submerso. (NZCM, 2015, p. 1) O parto na água significa que a mãe permanece na água durante o segundo estágio do trabalho de parto – período expulsivo – (Dekker, 2014), e o bebê nasce totalmente submerso em água. (NZCM, 2015, p. 1) O recém-nascido (RN) é posteriormente levado para a superfície. (Nutter et al., 2015; citado por Dekker, 2014) O parto na água pode seguir-se de um terceiro estágio de trabalho de parto – dequitação – dentro ou fora de água. (Dekker, 2014)

2.2. Evidência Científica

A segurança da imersão na água durante o trabalho de parto já foi afirmada em vários estudos, contudo ainda há uma grande controvérsia em torno da segurança do parto na água. (Dekker, 2014) Torna-se portanto pertinente centrar a atenção na evidência científica na segurança do parto na água. (Dekker, 2014)

O primeiro artigo sobre o parto na água remonta a 1983, e foi publicado por Michel Odent, onde este descreve os partos na água que ocorreram na sua unidade hospitalar. (Dekker, 2014)

Em 1991, Rosenthal publica um estudo de investigação onde relata partos na água que aconteceram num centro de parto na Califórnia. (Dekker, 2014)

Em 1993, três obstetras suíços publicam o artigo “*Waterbirth – Is it safe?*”, no *Journal of Perinatal Medicine*. (Zimmerman et al., 1993; citado por Dekker, 2014) Os autores do artigo recorrem aos artigos publicados por Odent e Rosenthal, bem como a informação proveniente de revistas e jornais sobre o parto na água. (Dekker, 2014) Devido à escassa informação sobre a segurança do parto na água, Zimmerman et al. afirma que o parto na água só deve acontecer em centros com assistência médica adequada e apenas em contexto de estudos controlados, rejeitando quaisquer outros contextos para a sua prática.

(Dekker, 2014) Acrescenta ainda que o protocolo do estudo deve compreender a Declaração de Helsínquia e ser aprovado pela comissão de ética local. (Dekker, 2014)

Em meados de 1990, investigadores britânicos publicam estudos retrospectivos sobre o parto na água (Alderdice et al., em 1995, e Gilbert e Tookey, em 1999). (Dekker, 2014) Os investigadores contactaram maternidades e médicos no sentido de perceber se estes se recordavam de alguma intercorrência ou morte relacionadas com os partos na água ocorridos nessas unidades. (Dekker, 2014) No estudo levado a cabo por Alderdice et al. (1995), intitulado "*Labour and birth in water in England and Wales*", foram estudadas 4.494 mulheres que tiveram o seu parto na água, comparativamente com 8.255 mulheres que fizeram imersão em água durante o trabalho de parto, e que tiveram um parto terrestre. (Dekker, 2014) Em 1999, Gilbert et al. no artigo "*Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey*" apresenta os resultados de 4.032 mulheres com parto na água comparados com os dados regionais de mulheres com uma gravidez de baixo risco e um parto eutócico terrestre. (Dekker, 2014) Apesar de os primeiros estudos terem concluído que os partos na água aparentavam ser seguros, deve ter-se em atenção a natureza não fidedigna da metodologia utilizada. (Dekker, 2014)

Um estudo de caso controle realizado entre 1989 e 1994 (durante um período de cinco anos) na maternidade do Hospital de Rochford, em Southend, Reino Unido, teve como objetivo documentar a prática de partos na água e comparar os resultados e segurança com os partos vaginais normais. (Otigbah et al., 2000, p. 15) Foram comparadas 301 mulheres que optaram pelo parto na água, com igual número de mulheres que tiveram parto vaginal convencional, com critérios semelhantes: em gravidezes de baixo risco, com igual paridade, e sem recurso a ocitocina. (Otigbah et al., 2000, p. 15) Outras variáveis também foram tidas em conta, como a idade da parturiente e o método de indução (quando aplicável). (Otigbah et al., 2000, 15) Neste estudo foram observados/comparados os seguintes parâmetros: duração do trabalho de parto; requisitos de analgesia; índices de apgar; complicações maternas (incluindo o trauma perineal, a hemorragia pós-parto e as infeções); complicações fetais e neonatais (incluindo a distócia de ombros, a admissão em unidades neonatais de cuidados especiais e as infeções). (Otigbah et al., 2000, p. 15)

Em 2004, Woodward publica o primeiro ensaio aleatório controlado. (Dekker, 2014) Neste ensaio das 40 mulheres selecionadas para ter o seu parto na água, efetivamente só 10 conseguiram, a juntar a 5 mulheres que puderam escolher também parir na água. (Dekker, 2014) Os investigadores estimam que seria necessário um número mínimo de 1.000 mulheres em cada opção deste estudo para que se observassem pelo menos dois eventos raros. (Burns et al., 2012; citado por Dekker, 2014) Com apenas 15 partos na água, comparativamente com 65 partos terrestres, este estudo revela-se portanto pequeno e com escassa informação sobre os efeitos do parto na água. (Dekker, 2014)

O maior estudo levado a cabo sobre parto na água teve lugar nos EUA, por Marit L. Bovbjerg, Melissa Cheyney e Courtney Everson, e incluiu mais de 18.000 nascimentos (entre 2004 a 2009), em casa e em centros de parto, com parteiras, dos quais 35% eram partos na água. (MANA e CfM, 2016, p. 1) Este estudo veio confirmar evidências anteriores de que o parto na água não acresce qualquer prejuízo ou dano ao recém-nascido. (MANA e CfM, 2016, p. 1) Quando comparadas taxas de transferências de recém-nascidos para o hospital ou outros internamentos nas primeiras seis semanas de vida, os melhores resultados neonatais encontram-se entre os bebés nascidos na água, sugerindo que as parteiras usam a imersão na água de forma apropriada, facilitando a saída do recém-nascido. (MANA e CfM, 2016, p. 1-2) Quanto a resultados maternos, não é relatado nenhum aumento do risco de infeção materna, nem de transferências pós-parto para o hospital por indicação materna, contudo os autores do estudo relatam um aumento de 11% do risco de lacerações vaginais. (MANA e CfM, 2016, p. 2)

2.3. Efeitos do Parto na Água nas Mulheres

2.3.1. Parto normal

Num estudo randomizado realizado em 106 mulheres, os investigadores compararam a taxa de partos normais vs. partos instrumentados em partos na água e partos terrestres. (Chaichian et al., 2009; citado por Dekker, 2014) Das mulheres que foram aleatoriamente escolhidas para terem o seu parto na água, a taxa de partos normais foi de 100% (não houve partos por ventosa nem fórceps), enquanto que nas mulheres que foram selecionadas para terem o seu parto terrestre, essa mesma taxa foi de 79,2%. (Chaichian et al., 2009; citado por Dekker, 2014)

Noutro estudo, os pesquisadores apresentaram uma taxa de cesariana em mulheres que realizaram imersão em água durante o trabalho de parto e parto de 4,4%, em comparação com a média nacional italiana de 38%. (Henderson et al., 2014; citado por Dekker, 2014)

Em Inglaterra, um estudo de Lukasse et al. (2014) permitiu concluir que a imersão em água durante o trabalho de parto em mulheres primíparas, diminuiu o risco de cesariana em 20%. (Dekker, 2014)

2.3.2. Posição de parto vertical

No estudo realizado por Henderson et al. (2014; citado por Dekker, 2014) comparou-se um grupo de mulheres que utilizaram a piscina de parto durante alguma altura do seu trabalho de parto e um grupo que não utilizou a piscina. O estudo conclui que as mulheres que utilizaram a piscina tinham uma maior probabilidade de adotar uma posição de parto vertical. Numa amostra de 1.519 mulheres que pariram na água, 87% utilizou essa posição no parto. (Dekker, 2014)

2.3.3. Parto não manipulado (“hands-off”)

O parto não manipulado ou também denominado “hands-off” significa que o profissional não toca na cabeça do bebé quando este está a nascer. Este método de parto é normalmente recomendado nos protocolos de parto na água. (RCM, 2006; Nutter et al., 2014; citados por Dekker, 2014) No estudo de Henderson et al. (2014) descobriram que 79% das mulheres que tiveram o parto na água tiveram um parto “hands-off”.

2.3.4. Escala de dor

No estudo realizado por Torkamani et al. (2010) foi aplicada uma escala da dor visual analógica a fim de avaliar a dor percebida pelas mulheres, e os investigadores indicaram uma escala de dor de 3,53 nas mulheres com parto na água comparativamente com 6,96 nas mulheres que pariram na terra. (Dekker, 2014)

Mollamahmutoglu et al. (2012) posteriormente utilizou a mesma escala e concluiu que as mulheres com parto na água evidenciaram menor taxa de dor em relação às mulheres que tiveram parto em terra, tanto com epidural como sem epidural. (Dekker, 2014) Assim, as primíparas com parto na água referem um valor médio de dor de 4,6 em comparação com 5,8 e 5,7 das que pariram em terra com e sem epidural, respetivamente. (Dekker, 2014) As múltiparas com parto na água referem um valor médio de dor de 4,7 em comparação com 5,8 e 5,6 das que pariram em terra com e sem epidural, respetivamente. (Dekker, 2014)

Estes estudos revelam então uma menor perceção de dor por parte das mulheres com parto na água comparativamente com as mulheres com parto terrestre, contudo

apresentam uma limitação: nenhum deles refere em que momento do trabalho de parto foi aplicada esta escala. (Dekker, 2014)

O maior estudo que compara os níveis de dor entre parto na água e parto em terra foi levado a cabo por Eberhard et al. (2005). Este estudo comparou os níveis de dor percebidos por 3.327 mulheres que tiveram parto na água, 2.763 mulheres que tiveram parto em terra na cama e 1.409 mulheres que também parindo em terra utilizaram o banco de parto, com a aplicação de uma escala numérica da dor de 0 a 100, em que 0 representa sem dor e 100 a dor forte intolerável. (Dekker, 2014) Os investigadores referem um nível médio de dor em todos os grupos de mulheres, a oscilar entre 69 e 77. (Dekker, 2014) Das mulheres que tiveram o parto na cama, 13% recorreram a analgesia epidural, e 32% das multíparas e 65% das primíparas tiveram analgesia injetável ou retal. (Dekker, 2014) Das mulheres que tiveram parto na água uma percentagem entre 15% e 35% tiveram analgesia injetável. (Dekker, 2014)

Os investigadores dividiram as mulheres em dois grupos: primíparas e multíparas. Estes concluíram que dentro do grupo das primíparas: (Dekker, 2014)

- Durante a fase inicial do trabalho de parto (TP) (1-3cm), as mulheres que preferiram a cama referiram um nível superior de dor em comparação com as mulheres que preferiam a água ou o banco de parto;
- Durante o período expulsivo, as mulheres que escolheram parto na água referiram mais dor do que as mulheres que escolheram a cama;
- No pós-parto as mulheres com parto na água recordavam níveis de dor mais baixos comparativamente com as mulheres que tinham tido parto na cama;
- Relativamente à expectativa de nível de dor, e nível de dor no final do primeiro e segundo estadio do TP, não existiram diferenças entre os grupos.

No grupo das mulheres multíparas: (Dekker, 2014)

- Antes do início do TP as mulheres que escolheram a cama esperavam ter menos dor do que as mulheres que escolheram a água;
- Durante a primeira fase do TP (1-3 cm) e no fim do primeiro estadio do TP as mulheres que escolheram a água tiveram menor dor que as que escolheram a cama;
- Durante o segundo estadio do TP (expulsão) as mulheres com parto na água referiram mais dor do que as mulheres com parto na cama;

- No pós-parto, as mulheres com parto na água recordavam menor nível de dor comparativamente com as mulheres que pariram na cama.

De acordo com os níveis de dor percebidos pelas mulheres, os investigadores concluem que a água alivia a dor de trabalho de parto de uma forma muito semelhante aos analgésicos. (Dekker, 2014) Contudo, a água não altera o estado de consciência da mulher, nem provoca depressão respiratória no bebé, ao contrário de alguma medicação analgésica. (Dekker, 2014) Ainda neste estudo, as mulheres que tiveram o parto em terra na cama tiveram menores níveis de dor comparativamente com as mulheres que tiveram parto na água, contudo no pós-parto as mulheres que tiveram parto na água recordam menos a dor em relação às que pariram na cama. Isto permitiu aos investigadores concluir que o parto na água pode alterar a percepção da mulher, de tal forma que após o parto como menos doloroso do que de facto foi. (Dekker, 2014) Este facto pode explicar o motivo pelo qual em investigações qualitativas as mulheres utilizam palavras muito positivas para descrever o seu parto na água. (Richmond, 2003; citado por Dekker, 2014)

2.3.5. Necessidade de analgesia

Dos setes estudos realizados que compararam a necessidade de analgésicos entre mulheres com parto na água e mulheres com parto terrestre, todos fazem referência a uma menor necessidade de analgésicos das mulheres com parto na água, em comparação com os partos terrestres. (Dekker, 2014)

Dois desses estudos referem que as mulheres que tiveram parto na água apresentavam uma taxa de recurso a analgesia epidural de 0%. (Thoeni et al., 2005; Zanetti-Daellenbach et al., 2007; citados por Dekker, 2014) Três equipas de investigação concluíram que menos mulheres que tiveram parto na água não precisam de nenhum método de alívio da dor. (Otigbahl et al., 2000; Geissbuehler et al., 2004; Chaichian et al., 2009; Torkamani et al., 2010; citados por Dekker, 2014)

2.3.6. Duração do primeiro estágio do trabalho de parto

Os resultados de estudos realizados sobre a duração do primeiro estágio do trabalho de parto diferem consoante os estudos. Três estudos revelam que as mulheres que tiveram parto na água tiveram uma duração do primeiro estágio de trabalho de parto menor em relação às mulheres que tiveram o parto terrestre. (Zanetti-Daellenbach et al., 2007;

Chaichian et al., 2009; Torkamani et al., 2010; citados por Dekker, 2014) O estudo de Menakaya et al. (2013) mostra que não há diferença entre a duração do primeiro estagio de trabalho de parto entre mulheres com parto na água e mulheres com parto terrestre. (Dekker, 2014) Outro estudo, de Mollamahmutoglu et al. (2012), evidencia que as mulheres que tiveram parto na água apresentaram uma maior duração da primeira fase do trabalho de parto em relação a mulheres com o parto terrestre, tanto em primíparas como em múltiparas. (Dekker, 2014) Torna-se portanto difícil perceber a relação entre o parto na água e a duração do primeiro estagio do trabalho de parto. (Dekker, 2014) Nestes estudos a maioria dos investigadores não regista quanto tempo as mulheres passam dentro de água antes de parir, bem como não indicam como definem o início e o fim de cada estagio do trabalho de parto. (Dekker, 2014) Apesar de que alguns investigadores fazerem a distinção entre primíparas e múltiparas, outros não o fazem, o que pode levar a uma interpretação errada dos dados, sendo que, em média, as primíparas têm trabalhos de parto mais prolongados. (Dekker, 2014)

2.3.7. Duração do segundo estágio do trabalho de parto

Os resultados dos vários estudos realizados não mostram concordância de resultados no que respeita à relação entre o trabalho de parto na água e a duração do segundo estagio do trabalho de parto. (Dekker, 2014) Nos estudos realizados por Zanetti-Daellenbach et al. (2007), Torkamani et al. (2010) e Mollamahmutoglu et al. (2012) descobriu-se que mulheres com parto na água tinham uma menor duração do segundo estagio do trabalho de parto. (Dekker, 2014) Contudo, só o estudo de Mollamahmutoglu et al. (2012) faz a distinção entre primíparas e múltiparas. Outros dois estudos (Chaichian et al., 2009; Menakaya et al., 2013) não evidenciaram qualquer diferença na duração do segundo estagio do trabalho de parto entre partos na água e terrestres. (Dekker, 2014) Um estudo realizado por Thoeni et al. (2005) declara ainda que a duração de todo o trabalho de parto é mais curta nas mulheres que usaram a água, muito graças ao facto da duração do segundo estagio do trabalho de parto ser menor. (Dekker, 2014)

2.3.8. Duração do terceiro estágio do trabalho de parto

Apenas quatro das investigações comparam a duração da terceira fase do trabalho de parto entre partos na água e terrestres, e os resultados variam consoante o estudo. Dois

estudos evidenciam que a duração do terceiro estadio do TP é mais curta nas mulheres que tiveram o seu parto na água (Chaichian et al., 2009; Mollamahmutoglu et al., 2012; citados por Dekker, 2014) Contrariamente a estes resultados, Zanetti-Daellenbach et al. (2007) conclui que a duração do terceiro estadio do TP é maior em mulheres com parto na água. (Dekker, 2014) O estudo de Thoeni et al. (2005) descobriu não existir diferença da duração do terceiro estadio do TP entre as mulheres com parto aquático e terrestre. (Dekker, 2014)

A gestão do terceiro estadio do trabalho de parto foi provavelmente diferente entre os estudos, contudo não existe esse registo em alguns deles. Sabe-se que no estudo realizado por Mollamahmutoglu et al. (2012) foi pedido para as mulheres saírem da água para realizar a dequitação, por sua vez, outros não fazem referência se a mulher realizou a dequitação dentro ou fora de água.

Não existem estudos que comparem a dequitação dentro e de água e fora de água.

2.3.9. Períneo íntegro

Quatro de cinco estudos revelam que as mulheres com parto na água apresentam uma maior probabilidade de manter o períneo íntegro. (Otigbahl et al., 2000; Burns, 2001; Geissbuehler et al., 2004; Thoeni et al., 2005; citados por Dekker, 2014) O estudo realizado por Menakaya et al. (2013) não apresenta diferenças de integridade de períneo entre partos aquáticos e terrestres. (Dekker, 2014)

Os investigadores pensam que o motivo pelo qual a taxa de períneos íntegros é superior nas mulheres com parto na água se deve ao facto da probabilidade de realizar episiotomias nos partos na água ser menor. (Dekker, 2014) Assim, pode-se concluir que quando não é realizada episiotomia, há uma maior probabilidade da mulher manter a integridade perineal ou de ter lacerações de primeiro ou segundo grau. (Dekker, 2014)

2.3.10. Episiotomia

A evidência científica demonstra que a episiotomia é mais prejudicial para a mulher, do que rasgar naturalmente, aumentam o risco de trauma perineal grave e deve ser realizada em situações pontuais. (Carroli e Mignini, 2009; citados por Dekker, 2014)

Na totalidade dos nove estudos realizados verifica-se uma diminuição ou eliminação da realização de episiotomia nas mulheres que tiveram parto na água, comparativamente

com as mulheres que tiveram parto terrestre. (Otigbahl et al., 2000; Burns, 2001; Geissbuehler et al., 2004; Thoeni et al., 2005; Zanetti-Daellenbach et al., 2007; Chaichian et al., 2009; Torkamani et al., 2010; Mollamahmutoglu et al., 2012; Menakaya et al., 2013; citados por Dekker, 2014) A relação entre o parto na água e a diminuição da taxa de episiotomias é bastante significativa, com os investigadores a indicar reduções de 2 a 33 vezes de realização de episiotomia na água. Estas conclusões fazem sentido, na medida em que é muito mais difícil para o profissional de saúde realizar episiotomia quando a mulher se encontra na água.

2.3.11. Lacerações perineais de primeiro e segundo graus

Em sete estudos apresentados por Dekker (2014), cinco revelam uma maior taxa de lacerações de primeiro e segundo graus em mulheres que tiveram parto na água (Otigbahl et al., 2000; Geissbuehler et al., 2004; Zanetti-Daellenbach et al., 2007; Chaichian et al., 2009; Mollamahmutoglu et al., 2012) e três revelam que não há diferença entre a taxa de lacerações de primeiro e segundo graus entre partos aquáticos e partos terrestres (Burns, 2001; Thoeni et al., 2005; Menakaya et al., 2013).

Os investigadores concluem que o motivo porque existe uma elevada taxa de lacerações de primeiro e segundo graus nas mulheres que tiveram parto na água deve-se ao facto de que em muitas dessas mulheres teria sido realizada episiotomia se tivessem um parto terrestre. (Dekker, 2014) Por outro lado, as mulheres com parto terrestre têm uma menor incidência de lacerações do primeiro e segundo graus, porque na maioria delas é realizada episiotomia, em vez de rasgar naturalmente. (Dekker, 2014)

2.3.12. Lacerações perineais de terceiro e quarto graus

As lacerações de terceiro e quarto graus podem levar a complicações maternas, como: incontinência fecal, problemas a longo prazo com dores no períneo e dispareunia, fístulas e infeções na ferida. (Fernando et al., 2013; citado por Dekker, 2014) A evidência científica mostra que a realização de episiotomia aumenta o risco de trauma perineal, com lacerações de terceiro e quarto graus. (Carroli e Mignini, 2009; citados por Dekker, 2014)

De entre os três estudos que analisaram a relação entre lacerações de terceiro e quarto graus e o parto na água, dois concluem que a taxa de lacerações de terceiro e quarto graus é menor nas mulheres com parto na água quando comparadas com mulheres com

parto terrestre. (Geissbuehler et al., 2004; Menakaya et al., 2013; citados por Dekker, 2014) O outro estudo não encontra diferença. (Burns, 2001; citado por Dekker, 2014)

Outros estudos que foram realizados posteriormente também analisam a taxa de lacerações de terceiro e quarto graus, contudo não apresentam nenhum grupo de controle. (Dekker, 2014) Destacam-se o estudo de Henderson et al. (2014) com 1.519 mulheres italianas que tiveram parto na água, em que 0,3% apresentaram lacerações de terceiro e quarto graus. (Dekker, 2014) Também Burns et al. (2012) num grupo de 5.192 mulheres com parto na água regista uma taxa de 2% de lacerações de terceiro grau, não verificando nenhuma de quarto grau. (Dekker, 2014)

2.3.13. Trauma perineal grave

No estudo realizado por Dahlen et al. (2013) concluiu-se que as mulheres que têm parto na água têm menor taxa de trauma perineal grave quando comparadas com mulheres que pariram no banco de partos. (Dekker, 2014) Os investigadores definiram trauma perineal como lacerações de segundo, terceiro e quarto graus. (Dekker, 2014) As mulheres que pariram no banco de partos apresentam 1,4 vezes mais probabilidades de ter um trauma perineal grave em comparação com mulheres que tiveram parto na água, mesmo tendo em conta se já tem partos anteriores, a duração do trabalho de parto e a assistência profissional por parteira ou médico. (Dekker, 2014) No mesmo estudo ainda se conclui que não há diferenças de trauma perineal grave entre mulheres com partos na água e mulheres que pariram na terra de joelhos, semi-reclinadas, deitadas de lado, em pé ou de cócoras. (Dekker, 2014)

2.3.14. Hemorragia pós-parto

Em seis dos estudos que investigam o risco de hemorragia no pós-parto, três concluem que existe uma diminuição significativa da hemorragia pós-parto nos partos na água em comparação com os partos terrestres. (Geissbuehler et al., 2004; Zanetti-Daellenbach et al., 2007; Dahlen et al., 2013; citados por Dekker, 2014) Os estudos realizados por Geissbuehler et al. (2004) Zanetti-Daellenbach et al. (2007) concluem ainda que os níveis de hemoglobina no pós-parto eram mais elevados em mulheres com parto na água do que em mulheres com parto terrestre. (Dekker, 2014) No estudo de Dahlen et al. (2013) descobriu-se que as mulheres com parto na água tinham metade da probabilidade de

ter hemorragia pós-parto quando comparadas com mulheres que tiveram o seu parto no banco de partos em terra, mesmo tendo em conta o peso no parto, se era primípara ou não, duração da segunda fase do trabalho de parto, se o assistente era obstetra ou parteira e se a mulher teve alguma trauma perineal. (Dekker, 2014) Os restantes três concluem não existir diferença. (Otigbah et al., 2000; Thoeni et al., 2005; Menakaya et al., 2013; citados por Dekker, 2014)

2.3.15. Satisfação

Num estudo realizado por Torkamani et al. (2010) 72,3% das mulheres que tiveram o seu parto na água referiram que voltariam a escolher esta forma de parir com toda a certeza. (Dekker, 2014) A contrastar com este valor surgem 8,7% das mulheres que tiveram parto terrestre a escolherem parir assim novamente. (Dekker, 2014)

2.3.16. Funcionamento do soalho pélvico

Existe apenas um estudo que olha para os efeitos do parto sobre o soalho pélvico. (Dekker, 2014) O estudo de Mistrangelo et al. (2007) através da realização de ecografias permitiu concluir que não existe diferença no funcionamento do soalho pélvico aos seis meses de pós-parto entre 25 primíparas que tiveram parto na água e 27 primíparas que tiveram parto na terra. (Dekker, 2014)

2.4. Efeitos do Parto na Água nos Recém-nascidos

2.4.1. Mortalidade perinatal

Nos estudos realizados onde foi estudada a mortalidade perinatal (nado-morto ou morte neonatal), não parece haver maior risco nos partos na água. (Dekker, 2014)

Burns et al. (2012; citado por Dekker, 2014) no seu estudo prospetivo não registou nenhuma morte neonatal em 5.192 partos na água. À semelhança da anterior também a investigação de Henderson et al. (2014) não registou nenhuma morte neonatal num total de 1.519 partos na água. Num outro estudo prospetivo em que se estudaram 207 partos na água também

não se registou nenhuma morte neonatal. (Mollamahmutoglu et al., 2012; citado por Dekker, 2014)

2.4.2. Valor de apgar ao primeiro minuto

Dos seis estudos realizados que estudam o índice de apgar ao primeiro minuto e o comparam entre bebés nascidos na água e bebés nascidos em terra, existem diferentes conclusões. (Dekker, 2014) Nas investigações levadas a cabo por Otigbah et al. (2000), Zanetti-Daellenbach et al. (2007), Chainchian et al. (2009) e Pagano et al. (2010) não se encontra diferença entre os valores de apgar ao primeiro minuto de bebés nascidos na água quando comparados com bebés nascido em terra. (Dekker, 2014) Por sua vez, dois estudos mais recentes relatam uma maior percentagem de bebés nascidos na água com um índice de apgar inferior a 7 ao primeiro minuto, quando comparados com os bebés nascidos em terra. (Mollamahmutoglu et al., 2012; Menakaya et al., 2013; citados por Dekker, 2014) Ambos os estudos não apresentam diferença entre aos cinco minutos. (Dekker, 2014)

2.4.3. Valor de apgar aos cinco minutos

Relativamente ao índice de apgar ao quinto minuto, realizaram-se oito estudos que concluem que os bebés nascidos em terra apresentam tão bons ou melhores valores de apgar comparativamente com os bebés nascidos em terra. (Dekker, 2014)

Das oito investigações, cinco ou não apresentam diferença no valor médio de apgar dos recém-nascidos dos dois grupos ou não encontram diferença na percentagem de bebés com índice de apgar inferior ou igual a sete ao quinto minuto. (Otigbah et al., 2000; Zanetti-Daellenbach et al., 2007; Chainchian et al., 2009; Mollamahmutoglu et al., 2012; Menakaya et al., 2013; citados por Dekker, 2014)

Os outros três estudos referem que os bebés nascidos na água apresentam melhor índice de apgar ao quinto minuto. (Dekker, 2014) Geissbuehler et al. (2004) descobre uma menor percentagem de bebés nascidos na água com índice de apgar inferior a sete ao quinto minuto quando comparados com bebés nascidos em terra. (Dekker, 2014)

O estudo que comparou o parto na água com o parto terrestre em várias posições, concluiu que bebés nascidos em terra em posições semi-deitadas tinham 4,6 vezes maior probabilidade de apresentar índices de apgar iguais ou inferiores a sete aos cinco minutos

em relação a bebês nascidos na água, mesmo depois de verificados alguns aspectos como o peso à nascença, se a mãe é primípara ou não, a duração do segundo estadio de trabalho de parto e o profissional que assistiu no parto. (Dahlen et al., 2013; citado por Dekker, 2014) No estudo de Pagano et al. (2010) os bebês nascidos na água apresentaram índices de apgar aos cinco minutos superiores aos bebês nascidos em terra, contudo estes dois grupo apresentaram índices elevados (9,95 em relação a 9,84). (Dekker, 2014)

Henderson et al. (2014) concluiu ainda na sua investigação que de 1.519 bebês nascidos na água, apenas um teve um apgar inferior a sete ao quinto minuto. (Dekker, 2014) Contudo, este estudo não apresenta grupo de controlo. (Dekker, 2014)

2.4.4. Dificuldades respiratórias

Num estudo realizado por Burns et al. (2012) que envolveu 8.924 mulheres de baixo risco, que foram assistidas por parteiras e que usaram a água durante o trabalho de parto, ou parto, os autores referem que a prevalência de dificuldades respiratórias temporárias foi de 31 em 5.192 em bebês que nasceram na água (0,6%) e de 35 em 3.732 bebês que nasceram em terra (0,9%). (Dekker, 2014) OS investigadores não referem se esta diferença é significativa. (Dekker, 2014)

2.4.5. Distócia de ombros

Nos estudos de Otigbah et al. (2000), Geissbuehler et al. (2004) e Zanetti-Daellenbach et al. (2007) não se encontrou diferença entre a incidência de distócias de ombros em partos na água e terrestres. (Dekker, 2014)

2.4.6. Rutura do cordão umbilical

A incidência de rutura do cordão umbilical em partos na água foi relatada em quatro estudos. (Schafer, 2014, p. 91) Rosenthal (1991) no seu estudo relata quatro casos de ruturas de cordão em 679 nascimentos na água, que aconteceram quando a mãe levantou o recém-nascido da água um com movimento repentino. (Schafer, 2014, p. 91-92) Dois dos quatro recém-nascidos foram internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais por anemia, devido ao reconhecimento tardio de rutura do cordão, sendo que um deles

necessitou de transfusão sanguínea. (Schafer, 2014, p. 92) Gilbert e Tookey (1999) no seu estudo consideraram 4032 partos na água, dos quais cinco casos resultaram em internamento dos recém-nascidos em unidade de cuidados intensivos por rutura do cordão. (Schafer, 2014, p. 92) Contudo, o estudo não revela nenhuns dados acerca das ruturas do cordão sem necessidade de internamento. Schafer, 2014, p. 92) Dos cinco internamentos, um recém-nascido necessitou de transfusão sanguínea, um desenvolveu uma encefalopatia hipoxico-isquémica de grau 2 e outro foi-lhe diagnosticado uma anomalia cromossómica. (Schafer, 2014, p. 92) Os autores concluíram que o nascimento na água não aumenta significativamente os efeitos adversos em gestações de baixo risco, contudo reconhecem que a amostra se revela pequena demais para tirar conclusões sobre determinados riscos que se revelam mais frequentes no parto na água em comparação com outras formas de parir. (Schafer, 2014, p. 92) O estudo de Cro e Preston (2002) relatam quatro casos de rutura do cordão em 100 partos na água, sendo que um dos recém-nascidos necessitou de internamento e transfusão sanguínea. (Schafer, 2014, p. 92) Burns et al. (2012) estudaram 8924 grávidas de baixo risco com acesso a imersão em água, dos quais 7915 resultaram em nascimentos espontâneos (incluindo 5192 partos na água) e 20 rutura do cordão umbilical (18 de partos na água e 2 de partos terrestres). (Schafer, 2014, p. 92) Dos 20 casos de rutura do cordão, três recém-nascidos necessitaram de internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais, um dos quais necessitou de transfusão sanguínea. (Schafer, 2014, p. 92) Contudo não foram fornecidos dados que permitam saber se os 3 recém-nascidos eram fruto de partos na água ou não. (Schafer, 2014, p. 92) Este estudo permitiu aos autores concluir que o parto na água parece não afetar os resultados neonatais. (Schafer, 2014, 92) Além destes quatro estudos ainda foram publicados relatos de casos individuais, editoriais e cartas, que permitiram auferir uma incidência global de rutura do cordão de aproximadamente 3,10 a cada 1000 partos na água. (Schafer, 2014, p. 92) Cerca de 23% dos casos levam a admissão numa unidade de cuidados intensivos neonatais e 13% à necessidade de transfusão sanguínea por hemorragia, não havendo relatos de efeitos adversos a longo prazo. (Schafer, 2014, p. 92)

Os fatores de risco para a rutura do cordão umbilical incluem: hematomas, tumores, comprimento limitado, inserção anormal na placenta e cesariana (p.e. trauma do cordão). (Schafer, 2014, p. 92) No parto na água, acresce o posicionamento materno e a profundidade da água. (Schafer, 2014, p. 92)

O diagnóstico é feito através de vários sinais e sintomas: mudança da cor da água para vermelho escuro repentinamente, após jato de sangue, som de rutura, libertação repentina da tensão do cordão, visualização do cordão destacado e sinais de choque hemorrágico neonatal (p.e. palidez cutânea, dificuldade respiratória, bradicardia). (Schafer,

2014, p. 92) Uma preocupação que surge no parto na água especificamente, prende-se com o impedimento visual da água e foi relatado num estudo como o principal motivo para um reconhecimento e atuação tardios, em que a água turva após o nascimento impediu a parteira de visualizar a rutura do cordão. (Schafer, 2014, p. 92-93)

Após o diagnóstico, a parteira deve imediatamente prender a extremidade do cordão umbilical do recém-nascido para minimizar a perda sanguínea e avaliá-lo a fim de detetar sinais de choque hemorrágico. (Schafer, 2014, p. 93) Se o recém-nascido evidenciar alguma alteração nos sinais vitais, deve ser avaliado por neonatologia, ou ser encaminhado para o hospital, no caso de parto no domicílio. (Schafer, 2014, p. 93) Uma vez estabilizado o recém-nascido, a parteira deve prosseguir com o terceiro estadió do trabalho de parto. (Schafer, 2014, p. 93)

O que defende Stella Kitzinger (2000; citado por Schafer, 2014, p. 93) que a rutura do cordão umbilical “não é uma emergência para uma parteira especializada” vem sublinhar que o diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, de forma a atuar prontamente e evitar danos para o recém-nascido.

Parece que o parto na água está associado a um maior risco de avulsão do cordão umbilical, em comparação com partos terrestres. (Schafer, 2014, p. 94) Não há estudos em número suficiente para determinar com precisão a taxa de morbilidade neonatal associada à rutura do cordão, embora essa taxa pareça ser bastante baixa. (Schafer, 2014, p. 94) Apesar de pouca evidência científica, os estudos realizados apontam a falta de reconhecimento e a atuação não atempada como estando na origem da hemorragia neonatal. (Schafer, 2014, p. 94) Assim, com a educação da parturiente e com o treino e experiência do profissional, a incidência da rutura do cordão e outras morbididades associadas pode ser minimizada. (Schafer, 2014, p. 94)

Robyn Schafer (2014, p. 93) apresenta um guia de recomendações para a redução do risco de rutura do cordão umbilical e complicações associadas, no parto na água:

- Reconhecer o potencial para uma rutura do cordão umbilical e estar familiarizado com a sua apresentação;
- Baixar o nível da água antes do nascimento, para reduzir a distância que o cordão deve estender;
- Ter clamps imediatamente disponíveis;
- Trazer o recém-nascido à superfície da água de forma suave, evitando uma excessiva tração do cordão umbilical;

- Imediatamente após o nascimento, avaliar o recém-nascido e inspecionar o cordão umbilical;
- Compreender a necessidade de reconhecimento e cuidados imediatos ao recém-nascido de forma a reduzir o risco de hemorragia neonatal e complicações associadas.

2.4.7. pH do cordão umbilical

Existem três investigações que estudaram o pH do sangue do cordão umbilical em bebês nascidos em água e em terra. (Dekker, 2014) O estudo de Geissbueler et al. (2004; citado por Dekker, 2014) aponta para melhores resultados para bebês nascidos na água, com um pH arterial mais elevado quando comparado com o de bebês nascidos em terra (7,29 e 7,27 respectivamente). Por sua vez, Thoeni et al. (2005) na sua investigação não encontra diferença no pH do cordão entre estes dois grupos. (Dekker, 2014) Outro estudo não revela diferenças no pH arterial entre estes grupos de bebês, contudo aponta para um pH venoso em média mais alto nos bebês nascidos na água (7,38 em comparação com 7,34 e 7,35 dos dois grupos de bebês nascidos em terra). (Zanetti-Daellenbach et al., 2007; citado por Dekker, 2014)

2.4.8. Reanimação do recém-nascido

Não existe nenhum estudo que compare a taxa de reanimação entre bebês nascidos de parto na água e bebês nascidos de parto terrestre. (Dekker, 2014)

2.4.9. Admissão em unidades de cuidados intermédios ou intensivos neonatais

Segundo Dekker (2014) são cinco os estudos que comparam as taxas de admissão do recém-nascido numa unidade de cuidados intermédios ou intensivos entre bebês nascidos na água e em terra.

No estudo realizado por Geissbuehler et al. (2004) concluiu-se que a taxa de admissão de recém-nascidos na unidade de cuidados intermédios ou intensivos era menor

nos bebês nascidos na água (0,2%) relativamente aos nascidos por parto terrestre (0,6%). (Dekker, 2014)

Contrariamente a estes resultados Menakaya et al. (2013) no seu estudo relata uma maior taxa de admissões nos cuidados intermédios ou intensivos em bebês nascidos por parto na água. (Dekker, 2014) O mesmo autor na sua pesquisa constatou a admissão de oito recém-nascidos nos cuidados intermédios ou intensivos nascidos na água, contrastando com apenas um nascido em terra. (Dekker, 2014) Desses oito recém-nascidos, quatro foram admitidos para observação (dois por necessitarem de reanimação à nascença, um por um episódio de apneia e baixo peso à nascença e outro por uma distócia de ombros). Dos outros quatro, um foi admitido por aspiração de mecónio e os outros três por dificuldade na alimentação. (Dekker, 2014).

Com esta diferença de resultados, toma-se necessário referir a diferença de amostras destes dois estudos. Na investigação de Geissbuehler et al. (2004) foram contemplados 3.617 partos na água e 5.910 partos terrestres, que se torna muito mais significativo do que o estudo de Menakaya et al. (2013) que estudou 219 partos na água, considerando-se portanto evidência de mais baixo nível. (Dekker, 2014)

Mais duas investigações estudaram a taxa de admissões de recém-nascidos em unidade de cuidados intermédios ou intensivos, contudo os dados referem-se só a partos na água não havendo portanto comparação com outro grupo. (Burns et al., 2012; Henderson et al., 2014; citados por Dekker, 2014) Burns et al. (2012; citado por Dekker, 2014) registou uma taxa de admissão de 1,6% em 5.192 partos na água e em 3.732 partos terrestres em que as mulheres realizaram imersão em água durante o trabalho de parto. O estudo Henderson et al. (2014; citado por Dekker, 2014) apresentou uma taxa de 0,5% em 1.519 partos na água.

2.4.10. Infecções nos recém-nascido

As infeções em recém-nascidos são um evento raro, por isso, e apesar de terem sido desenvolvidos oito estudos sobre a taxa de infeção depois do parto na água e do parto em terra, torna-se importante dar visibilidade aos estudos com uma maior amostra. Numa investigação de Geissbuehler et al. (2004; citado por Dekker, 2014) que teve por base 3.617 partos na água registou-se uma menor taxa de infeções nos recém-nascidos depois de partos na água (0,6%) em comparação com 1,0% nos nascidos em terra. No mesmo estudo ainda, não se registaram diferenças entre taxas de infeção materna em partos na água e terrestres. (Dekker, 2014) No estudo de Burns et al. (2012) num total de 8.924 mulheres que

fizeram imersão em água durante o TP ou parto, registou-se uma taxa de 0,39% de recém-nascidos que apresentaram febre ou suspeita de infeção, sem contudo se terem verificado valores analíticos que permitissem diagnosticar uma infeção. (Dekker, 2014) Noutro estudo, de entre 1.519 mulheres que tiveram o seu parto na água, três recém-nascidos foram admitidos em unidades de cuidados intermédios ou intensivos por febre ou suspeita de infeção após o parto. (Henderson et al., 2014; citado por Dekker, 2014) Em nenhum deles se verificou a necessidade de assistência respiratória, nem se confirmou o diagnóstico de infeção.

2.4.11. Streptococcus do Grupo B

O único estudo que descreve a relação do Streptococcus do grupo B (SGB) e os partos na água foi realizado Zanetti-Dallenbach et al. (2007). (Dekker, 2014) Estes investigadores realizaram zaragatoas nasais e na garganta em 139 bebés nascidos na água e em 84 bebés nascidos em terra, mas que as mães realizaram imersão em água durante o TP. (Dekker, 2014) Estas amostras foram colhidas na primeira hora de vida, antes da amamentação e de limparem o bebé. (Dekker, 2014) Simultaneamente colheu-se amostras da água da piscina. (Dekker, 2014) Cerca de um quarto das mulheres tinha SGB positivo, e todas elas fizeram antibiótico. (Dekker, 2014) Este estudo concluiu que a taxa de contaminação da água é superior nas piscinas onde decorreu o parto, contudo os recém-nascidos de parto na água encontravam-se menos colonizados por SGB do que os nascidos em terra. (Dekker, 2014) Resultados apontam para uma percentagem de 1,5% de amostras nasais colonizadas em bebé nascidos na água, em comparação com 11,7% em bebés nascidos em terra. (Dekker, 2014) Apesar deste estudo apontar para a possibilidade da água “lavar” as bactérias nocivas do SGB, não podemos esquecer que estes resultados baseiam-se num número pequeno de mães portadoras de SGB, e que estar colonizado por SGB é diferente de estar infetado. (Dekker, 2014)

2.5. Declarações de Posição

A *American Academy of Pediatrics* (AAP) divulga um parecer em 2005, em que rejeita o parto na água, (Batton et al., 2005; citado por Dekker, 2014) afirmando não acrescer quaisquer benefícios e poder representar riscos para o recém-nascido. (Dekker, 2014)

O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) e o *Royal College of Midwives* (RCM), emitem em 2006 uma declaração de posição onde apoiam o trabalho de parto na água, em mulheres saudáveis com gravidezes sem complicações. A sua opinião já não se torna tão clara quanto ao parto na água, visto que a evidência existente que apoia o parto na água é menos clara. (RCOG e RCM, 2006) Apesar das complicações serem aparentemente raras o RCOG e o RCM (2006) recomenda uma prática que vise um controlo da infecção, uma gestão da rutura do cordão umbilical e uma rigorosa seleção de critérios de elegibilidade, no sentido de reduzir estas complicações.

Em 2014, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), juntamente com a *American Academy of Pediatrics* (AAP) atualizam o parecer de 2005, mantendo a mesma posição, e ressaltando que o parto na água deve ser considerado uma prática experimental, ocorrendo unicamente em contexto de estudo clínico. (Schafer, 2014; Dekker, 2014) Em resposta à declaração de posição dos ACOG e APP, a *American Association of Birth Centers* (AABC), o *American College of Nurse-Midwives* (ACNM) e o *Royal College of Midwives* (RCM) emitem diferentes pareceres em 2014 defendendo o parto na água como uma prática segura, baseados em evidências científicas. (AABC, 2014; Dekker, 2014)

A AABC concorda com os benefícios da imersão na água durante o trabalho de parto, contudo considera que o anterior parecer não reflete as melhores evidências disponíveis para a imersão na água durante o parto. (AABC, 2014) Consequentemente, a AABC considera que o documento induz um medo inapropriado sobre a segurança do parto na água em famílias, profissionais, administradores de unidades de saúde, seguradoras, e outros que pretendem tomar decisões informadas sobre o parto na água. (AABC, 2014) Assim, neste parecer são lançados dados, colhidos entre 2007 e 2010 em centros de nascimento dos EUA, que permitem comparar o desfecho de 3.998 partos na água, com os restantes partos não aquáticos, numa população de 15.574 grávidas de baixo risco. (AABC, 2014) Os resultados obtidos deste estudo permitem à AABC concluir que o parto na água, desde que realizado com critérios de seleção cuidadosos e profissionais treinados e experientes não acarreta nenhum risco para mães nem recém-nascidos. (AABC, 2014)

O *American College of Nurse-Midwives* (ACNM) (2014) defende que o trabalho de parto e parto na água devem ser oferecidos com segurança a mulheres com gestações sem complicações, por prestadores de cuidados qualificados, sendo muito úteis para mulheres que desejam o parto fisiológico e medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

O *New Zealand College of Midwives* (NZCM) emite em 2015 uma declaração de consenso, onde apoia a imersão em água durante o trabalho de parto. Por não existirem

evidências científicas de que a imersão em água durante o parto possa ser prejudicial para a mãe, nem para o recém-nascido, o colégio defende o direito ao parto na água a mulheres que devidamente informadas façam essa opção. (NZCM, 2015, p. 1) Contudo, salvaguardando que a assistência deve ser feita por parteiras conhecimentos e experiência. (NZCM, 2015, p. 1)

A *Midwives Alliance of North America* (MANA) e o *Citizens for Midwifery* (CfM) numa declaração de posição (2016, p. 1) apoiam o acesso contínuo à imersão em água durante o trabalho de parto e nascimento. Estes incentivam ainda os prestadores de cuidados a tornarem-se mais informados sobre a utilização segura da imersão em água durante o trabalho de parto, e forma a esclarecer as mulheres e casais.

3. Parto na Água Internacional

3.1. História do Parto na Água Internacional

O primeiro nascimento em meio aquático ocorreu em França, em 1803 (Embry, 1805; citado por Otigbah *et al.*, 2000)

O primeiro parto na água documentado, surge em 1805, publicado numa revista francesa. (Dekker, 2014)

Um relato de percepção de relaxamento, alívio da dor, liberdade de movimento e uma experiência mais holística documentado nos EUA, na década de 1980, tornou a imersão em água durante o trabalho de parto um fenómeno popular. (RCOG e RCM, 2006; Dekker, 2014) Este relato veio ser reforçado por Michel Oden, em 1983, com a sua publicação "*Birth under water*", na revista *The Lancet*, em que descreve 100 partos na água ocorridos num hospital em França. (RCOG e RCM, 2006; Dekker, 2014)

Em 1988 é criada em Santa Barbara, Califórnia, a *Waterbirth International* (WBI), uma organização sem fins lucrativos movida com o objetivo de tornar o parto na água uma opção disponível para todas as mulheres. (WBI, s.d.) Desde então até à data, altura em que se constitui como empresa privada, esta organização já ajudou na instalação e aluguer de piscinas de parto em centenas de hospitais e centros de parto e na educação e treino de médicos, enfermeiros e parteiros por todo mundo sobre princípios e práticas do nascimento suave, que incluem o uso da imersão na água durante o trabalho de parto e parto. (WBI, s.d.)

Em 1991 o Dr. Rosenthal publica um estudo relatando 483 partos na água que ocorreram num centro de parto na Califórnia.

Em 1992, a *House of Commons*, do Reino Unido, divulga um relatório em que afirma que todas as mulheres devem ter a possibilidade de realizar imersão em água durante o trabalho de parto e parto. (RCM, 2006; citado por Dekker, 2014) Fruto deste relatório, em 1993, todas as unidades de parto em Inglaterra e no País de Gales oferecem a imersão em água durante o trabalho de parto e parto, e cerca de metade têm piscinas de parto instaladas para o efeito. (Dekker, 2014) Contudo, um inquérito efetuado entre Abril de 1994 e Março de 1996 deu conta que menos de 1% dos partos realizados em Inglaterra e no País

de Gales ocorria na água. (Gilbert e Tookey, 1999; citados por RCOG e RCM, 2006 e Dekker, 2014)

Em 1994, são emitidas duas declarações sobre o parto na água: uma pelo RCOG (atualizada em 2001) e outra pelo RCM (posteriormente atualizada em 2000). (RCOG e RCM, 2006) Ambas as declarações defendem o parto na água como uma opção, desde que realizado por parteiras com conhecimento, prática e confiança necessários para ajudar as mulheres que escolham esta forma de nascimento. (RCOG e RCM, 2006; Dekker, 2014) Em 2006 surge uma declaração de posição conjunta destas entidades, reafirmando a sua posição. (RCOG e RCM, 2006; Dekker, 2014)

Em 1995 acontece o primeiro congresso internacional de parto na água, que leva cerca de 1.500 participantes de todo o mundo a Londres, e onde são apresentados 19.000 casos de parto na água. (Dekker, 2014)

Em 1996, a Escola de Enfermagem da Universidade de Carolina do Norte conjuntamente com a WBI organiza a primeira conferência sobre parto na água dos EUA, em Greensboro, Carolina do Norte. (Dekker, 2014)

Em 2000, a WBI organiza um congresso internacional de parto na água em Portland, Oregon. (Dekker, 2014)

Em 2004, a *Food and Drug Administration*¹ (FDA) notifica a WBI para apresentar um pedido para as piscinas de parto portáteis serem classificadas como dispositivos médicos. (Dekker, 2014)

Em 2005, a *American Academy of Pediatrics* (AAP) divulga um parecer a contraindicar o parto na água. (Batton et al., 2005; citado por Dekker, 2014)

Em 2012, realiza-se uma reunião conjunta, convocada pela FDA, a fim de determinar se as piscinas de parto passam a ser consideradas dispositivos médicos de Classe 1, sendo que até à data ainda não foi divulgada nenhuma decisão. (Dekker, 2014)

¹ É uma agência federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

4. Parto na Água em Portugal

4.1. História do Parto na Água em Portugal

O primeiro parto na água em Portugal, documentado, remonta a Julho de 2008, num hospital privado, contudo já se realizavam partos na água em contexto domiciliário (dados desconhecidos). (Mães D'Água, s.d.)

O primeiro, e único até à data, hospital público que abraçou esta experiência do parto aquático foi o Hospital de São Bernardo, em Setúbal, com o primeiro parto documentado em Novembro de 2008, tornando-se nessa altura a única instituição pública da Península Ibérica a facultar esta experiência às parturientes. (Mães D'Água, s.d.) Uma notícia publicada no Diário de Notícias, a 10 de Fevereiro de 2014, relata um total de 135 imersões em água, e 72 partos na água (uma média de dois a três por mês), com um crescente número de grávidas a procurar esse serviço, segundo os responsáveis pela instituição. (Diário de Notícias, 2014)

Após um pedido de opinião sobre o parto na água de um médico obstetra da instituição, a Ordem dos Médicos emite um parecer em Maio de 2014 no qual “não se recomenda o trabalho de parto e/ou nascimento em meio subaquático”. (Revista da Ordem dos Médicos nº150, 2014, ano 30, p. 26-27) Neste parecer, o Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia acrescenta que “o trabalho de parto e/ou nascimento subaquático devem ser considerados procedimentos experimentais, que não devem ser realizados, excepto dentro do contexto de ensaios clínicos, adequadamente concebidos e após o consentimento informado das parturientes.” (Revista da Ordem dos Médicos nº150, 2014, ano 30, p. 26-27)

Em Junho de 2014, em resposta ao pedido de proibição do parto na água e à posição emitida pela Ordem dos Médicos, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica emite um parecer sobre o parto na água em que “recomenda a imersão e o parto na água como uma metodologia a utilizar durante o trabalho de parto e parto normal, como uma das possíveis escolhas/opção por parte da mulher grávida, após informação e consentimento livre e esclarecido.” (MCEESMO, 2014) A Ordem dos Enfermeiros reforça ainda os benefícios do parto na água para a mãe e o recém-nascido e realça que, tratando-se de um parto fisiológico, “esta prática insere-se nas

atividades autónomas do EESMO, pelo que a atividade médica é supérflua.” (MCEESMO, 2014)

Com opiniões divergentes da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, e por falta de consenso por parte da equipa multidisciplinar do bloco de partos, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal solicita orientações à Direção-Geral da Saúde (DGS). (Mães D'Água, s.d.) A DGS ressalva a importância de uma intervenção multidisciplinar com o único objetivo da segurança da mãe e do recém-nascido. (Mães D'Água, s.d.) Contudo deposita a responsabilidade de autorizar ou não a prática do parto na água no Diretor de serviço, que assim deve reportar a sua decisão ao Diretor clínico do Centro Hospitalar. (Mães D'Água, s.d.) Não sendo clara esta recomendação para a equipa de EESMO, é decidida a suspensão da imersão e parto na água na instituição. (Mães D'Água, s.d.)

4.2. Projeto Pioneiro de Imersão e Parto na Água no SNS Português

O Centro Hospitalar de Setúbal, enquanto pioneiro na promoção do parto natural desenvolveu um estudo (Rodrigues, Santos e Varela, 2014) com o objetivo de avaliar qual a influência da experiência do nascimento na água em 3 variáveis: saúde materna e neonatal, satisfação da mãe/casal e satisfação das parteiras.

Assim, e partindo de uma amostra de 140 mulheres (70 mulheres no grupo experimental e 70 no grupo de controlo) foi possível concluir, relativamente à saúde do bebé avaliada através do índice de apgar, que não existem diferenças significativas, dado os resultados terem sido muito semelhantes entre o grupo experimental ($M=9,31$) e o grupo de controlo ($M=9,21$). Já quanto aos dados relativos ao parto, os resultados evidenciam uma diferença expressiva no que se refere à atividade uterina antes e após a imersão na água: as mães que apresentavam uma atividade uterina regular mantiveram o mesmo padrão após a imersão, já as mães que antes de entrarem na água apresentavam uma atividade uterina irregular mudaram o seu padrão, passando a ter contrações regulares. Ainda sobre o trabalho de parto, o estudo permitiu comparar a duração do mesmo, e constatar que o grupo experimental teve um trabalho de parto mais curto ($M= 121,61$ minutos) quando comparado com o grupo de controlo ($M=188,73$ minutos). A estes resultados, aliou-se o elevado grau de satisfação que as mães e parteiras referiram da experiência pessoal e profissional do parto na água.

4.3. Movimento Mães D' Água

Em Junho de 2014 surge um movimento cívico movido pela paixão pelo parto na água, conhecido como Mães D'Água. (Mães D'Água, s.d.) As Mães D'Água surgiram com um grupo de mães que tinha tido os seus partos na água no Hospital de São Bernardo, e que após o término dessa prática se juntou e reuniu mais de 4.900 assinaturas pela manutenção dos partos na água no Hospital de São Bernardo e pela sua extensão a outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Essa causa foi posteriormente debatida em plenário e apresentada à Comissão de Saúde, acabando por ser arquivada. (Mães D'Água, s.d.) Este grupo de mulheres lutam diariamente com os objetivos de: inspirar e empoderar a mulher; promover o parto natural/na água; e criar mudança no SNS português trazendo de volta o parto na água nos hospitais públicos e tornando-o uma realidade acessível a todas as grávidas/casais que escolham esta forma de nascer. (Mães D'Água, s.d.)

O parto na água continua a acontecer em Portugal em contexto privado (hospitais privados, clínicas e partos domiciliários). (Mães D'Água, s.d.) “O parto na água existe em Portugal, em clínicas privadas e em partos domiciliários, mas desde o início que lutamos para que também possa ser possível nos hospitais públicos, porque sendo uma opção exclusiva do privado é muito cara e não está disponível para toda a gente.” (Mariana Simões, s.d.; citado por Diário de Notícias, 2016)

Parte II – ESTUDO EMPÍRICO

5. Metodologia

5.1. Tipo de Estudo

Com este estudo, pretendeu-se compreender a experiência de parto na água vivida por mães que tiveram um ou mais partos na água em Portugal. Para tal optou-se por uma metodologia de investigação qualitativa por esta, tal como refere Munhall (2012), se centrar no paradigma interpretativo procurando a compreensão dos fenómenos tal como eles são perspetivados pelos participantes. O termo qualitativo, como apresentado por Amado (2014, p. 40) em referência aos estudos de Denzin e Lincoln diz respeito à qualidade do quê e de quem é estudado e os quais são impossíveis de mensurar quantitativamente.

À luz do paradigma interpretativo existem tantas realidades quantos os indivíduos. A forma como cada um percebe o mundo é diferente. Cada um só conhece o que percebe, pelo que cada situação é única e diferente e varia de indivíduo para indivíduo. Há a preocupação com a globalidade do ser humano e com as suas experiências de vida. Procura compreender a essência dos fenómenos que neste caso será a experiência vivida pelas mulheres cujo parto decorreu na água. A utilização de estudos qualitativos em enfermagem é relativamente recente (Morse, 2007), pelo que se fará uma apresentação mais detalhada do método utilizado.

Utilizou-se o método fenomenológico por ser o que melhor resposta dava às questões de investigação e objetivos do estudo. Como refere Munhall (2012, p. 170) a fenomenologia é a nossa esperança para compreender o mundo. Assim, recorreu-se à fenomenologia como método e concretamente à perspetiva da fenomenologia hermenêutica de Van Manen (2007).

5.1.1. A Fenomenologia de Max Van Manen

Esta fenomenologia como método reside na interpretação daí que é também hermenêutica ou seja preconiza um trabalho de interpretar (Van Manen, 1997, p. 24), pelo que esta apresentação se foca no seu trabalho. O autor apresenta os oito temas principais do seu pensamento fenomenológico (pp. 9-13) que se passam a descrever.

A pesquisa fenomenológica é o estudo da experiência vivida

Isto é, o estudo da vida diária tal como descrito por Husserl, o mundo como nós o experienciamos pré-reflexivamente, mais do que como o conceptualizamos, categorizamos ou refletimos sobre ele (Van Manen, 1997, p. 9). Direciona a abordagem para a ontologia fazendo perguntas como “o que é este ou aquele tipo de experiência?”. A fenomenologia oferece-nos a possibilidade do conhecimento profundo que nos porá num melhor contacto com o mundo. Ao investigar, questionamos os segredos e as intimidades que constituem o mundo e o trazem como mundo para nós e em nós.

A pesquisa fenomenológica procura compreender o fenómeno tal como ele se apresenta à consciência

É através da consciência que os seres humanos acedem ao mundo. Deste modo, ser consciente é ser, de alguma forma, consciente de algum aspeto do mundo. Contudo, a consciência não pode ser descrita diretamente, pois reduziria a ciência humana ao estudo da consciência ou ideias, isto é, falácia do idealismo. Do mesmo modo, o mundo em si, sem referência para a pessoa ou a consciência que o experiencia, também não pode ser descrito diretamente, pois seria a falácia do realismo. A pessoa não pode refletir na experiência vivida enquanto vive essa experiência. Por esse motivo, a reflexão fenomenológica não é introspetiva, mas é retrospectiva (Silva, 1998; Van Manen, 1997).

A pesquisa fenomenológica é o estudo das essências

A fenomenologia questiona a natureza do fenómeno. É atenção sistemática para descobrir e descrever as estruturas internas de significado ou experiência vivida (Van Manen, 1997, p. 10). A natureza ou essência da experiência vivida será adequadamente descrita quando essa descrição nos mostra a qualidade e significância vivida da experiência de uma forma mais profunda (Silva, 1998; Van Manen, 1997).

A pesquisa fenomenológica é a descrição dos significados como nós os vivemos

Distanciando-se de Edmund Husserl e em nítida aproximação a Martin Heidegger, Max Van Manen afirmou-se defensor da hermenêutica, ao dizer que toda a descrição é de natureza interpretativa, isto é, visa descrever e interpretar os significados da experiência vivida com um certo grau de profundidade e riqueza (Silva, 1998; Van Manen, 1997).

A pesquisa fenomenológica é o estudo científico do fenómeno humano

Diferentes formas científicas de conhecimento são características da fenomenologia, como ser explícita (procura articular as estruturas dos significados embebidos na experiência vivida), sistemática (usa formas práticas de questionar, refletir, focalizar e intuir), autocrítica (examina continuamente os seus métodos e metas) e intersubjetiva (só com o

outro poderá estabelecer uma relação dialógica com o fenómeno e deste modo validá-lo). A fenomenologia é uma ciência humana mais do que natural, já que o objeto de estudo da pesquisa fenomenológica é as estruturas de significado do mundo humano vivido (Silva, 1998; Van Manen, 1997)

A pesquisa fenomenológica é uma prática atenta de cuidado

Por querer conhecer o que é mais essencial para o ser, a pesquisa fenomenológica é um ato atento de cuidado. O interesse em pesquisar revela desta forma as preocupações com a prática quotidiana e a responsabilidade para com os outros (Silva, 1998; Van Manen, 1997).

A pesquisa fenomenológica é a procura do que é significativo para o ser humano

A pesquisa fenomenológica hermenêutica é a pesquisa sobre a plenitude de viver, aquilo que é vivido plenamente. O seu grande objetivo é a realização da natureza humana, isto é tornar-nos mais plenos sobre quem realmente somos. A pesquisa das maneiras que por exemplo uma mulher pode experienciar o mundo como mulher, sobre o que é ser mulher (Silva, 1998; Van Manen, 1997).

A pesquisa fenomenológica é uma atividade poética

Tal como na poesia é inapropriado perguntar por uma conclusão ou por um sumário de um estudo fenomenológico. Sumariar um poema, de modo a apresentar um resultado, destruiria o poema porque ele é em si próprio o resultado. Poetizar é pensar na experiência original e desta forma falar num sentido mais primário. A linguagem que autenticamente fala do mundo, mais do que abstratamente falar dele, é uma linguagem que reflete o mundo, é uma linguagem que canta o mundo como diz Merleau-Ponty (Silva, 1998; Van Manen, 1997).

Os investigadores fenomenólogos ou fenomenólogos hermenêuticos, como Max Van Manen, procuram orientação na filosofia existencial na interpretação dos dados obtidos. Procuraremos descobrir o significado mais profundo da experiência vivida pelas mulheres que experienciaram o parto na água em termos da sua relação com o espaço, tempo e história de vida (Morse, 2007) porque cada mulher um ser único e diferente. Silva (1998, p. 238) recomenda a utilização do referencial metodológico de Max Van Manen por no seu estudo ele se ter revelado apropriado à "*compreensão aprofundada do fenómeno do cuidado*" que, conseqüentemente, contribuirá para o desocultar as diferentes dimensões do cuidar e clarificar o foco da prática de enfermagem servindo de guia, luz aos enfermeiros de todo o mundo.

O **método fenomenológico de Van Manen (1997)** não é rígido, tal como não poderia ser em fenomenologia, como o próprio autor afirma, mas constitui uma série de

passos que interagem entre si dinamicamente no sentido de clarificar a natureza essencial do fenómeno em estudo (Silva, 1998; Van Manen, 1997). Assim, passamos a apresentá-los: 1-Voltando-se para a natureza da experiência vivida do qual fazem parte: selecionando o fenómeno de interesse, selecionando a perspectiva de estudo do fenómeno, selecionando o contexto onde se dá o fenómeno, selecionando os participantes do estudo; 2- Investigando a experiência vivida, do qual fazem parte: entrando no contexto de estudo, obtendo as descrições experienciais sobre o cuidado, saindo do contexto do estudo; 3- desenvolvendo uma reflexão fenomenológica hermenêutica; 4- desenvolvendo uma escrita fenomenológica hermenêutica; 5- mantendo uma relação orientada para o fenómeno; 6- contrabalançando o contexto da pesquisa. Apesar de Van Manen (1997) falar nos seus escritos mas não apresentar como passo, Silva (1998, p. 201) acrescenta dois novos passos, o passo 7- princípios éticos; e 8- comunicação da pesquisa. Atendendo a que existe um capítulo para falar concretamente dos princípios éticos, não serão incluídos aqui como ponto, mas pela sua pertinência iremos incluir a comunicação da pesquisa.

Pela sua natureza, iremos apresentar mais detalhadamente o passo 3- desenvolvendo uma reflexão fenomenológica hermenêutica:

Num texto poder-se-á isolar os aspetos temáticos ocultos concretamente: a *aproximação holística ou sentenciosa* na qual procurar-se-á ver o texto como um todo e nesse todo tentar fazer emergir a frase que traduz o significado do todo; a *aproximação seletiva ou de destaque* preconiza a leitura do texto algumas vezes no sentido de questionando quais as frases ou expressões que se constituem verdadeiramente fundamentais ou tradutoras do fenómeno ou da experiência vivida; a *aproximação detalhada ou linha a linha* preconiza que se olhe para cada uma das sentenças ou grupo de sentenças questionando qual o contributo de cada uma para a compreensão do fenómeno ou experiência descrita (Van Manen, 1997).

É um processo de afunilamento gradual que permite primeiramente a compreensão do todo, seguido da compreensão do todo constituído por partes e por fim o contributo de cada uma das partes para a compreensão do todo. De salientar que tal como noutros estudos de investigação qualitativa, a recolha de dados e a análise são duas etapas completamente imbricadas. Fazem parte do mesmo processo na medida em que a entrevista para além de permitir recolher os dados da experiência vivida permite também refletir com o entrevistado acerca dos tópicos em causa.

A fenomenologia hermenêutica de Van Manen (1997) constitui a espinha dorsal deste estudo qualitativo. Seguiremos os passos definidos pelo autor.

5.1.2. Voltando-me para a natureza da experiência vivida - vivências de mulheres na sua experiência de parto na água

Podemos sintetizar em quatro passos os aspetos fundamentais da abordagem de Van Manen (1997) nomeadamente atender à natureza da experiência vivida; comprometer-se com a investigação existencial; comprometer-se com a reflexão fenomenológica; e comprometer-se com a escrita fenomenológica.

Questão de investigação

- Qual a experiência de mães que tiveram o parto na água em Portugal?

Objetivo

- Compreender a experiência de mães que tiveram um ou mais partos na água em Portugal.

5.1.3. Selecionando a perspectiva de estudo do fenómeno

Trata-se de um estudo qualitativo de orientação fenomenológica clarificando e aprofundando a temática em estudo.

5.1.4. Selecionando as participantes do estudo e o contexto onde se dá o fenómeno

As participantes mulheres que vivenciaram a experiência de parto na água ocorrido em Portugal. O contexto do estudo é o preferido pelas mulheres.

O número de participantes será determinado pela saturação dos dados (Morse, 2007, p. 113), ou seja, quando “o investigador não encontra mais explicações, interpretações ou descrições do fenómeno em estudo”.

Participaram neste estudo 13 mães que tiveram um ou mais partos na água.

5.2. Técnica de amostragem

A seleção das participantes foi intencional. Foram selecionadas as mulheres com experiência de parto na água ocorrido em Portugal, através de um questionário on-line de inscrição para a participação no estudo. Após as mulheres preencherem o questionário foram contactadas e foi agendada entrevista.

5.3. *Investigando a Experiência Vivida*

5.3.1. **Obtendo as descrições da experiência vivida**

Recorremos à entrevista fenomenológica assim denominada por Van Manen (1997). Foram realizadas entrevistas fenomenológicas, e realizada observação inerente à mesma durante o tempo em que decorreu para obter as descrições da experiência vivida de parto na água.

A entrevista com uma questão geral orientadora:

- Fale-me da sua experiência vivida relativa aos cuidados de enfermagem durante o processo de trabalho de parto na água em Portugal?

Paralelamente outras questões foram colocadas conforme anexo

As entrevistas foram gravadas, depois de obtido o respetivo consentimento e posteriormente ouvidas, transcritas e analisadas detalhadamente.

Procurando respeitar as participantes no estudo foi submetendo o pedido de realização do estudo à comissão de ética do hospital envolvido, para além da Comissão Nacional de Proteção de Dados, e esclarecendo-as da total liberdade para em qualquer momento poder desistir do estudo, sem que daí surgissem quaisquer consequências

5.4. Desenvolvendo uma reflexão fenomenológica hermenêutica

Para a análise dos dados utilizaremos a reflexão fenomenológica de Max Van Manen, no sentido de descobrir os temas fenomenológicos ou estruturas de significado, uma descrição plena da experiência vivida. Num texto poder-se-á isolar os aspetos temáticos ocultos concretamente: a *aproximação holística ou sentenciosa* fazendo emergir a frase que traduz o significado do todo; a *aproximação seletiva ou de destaque* para ver quais as frases ou expressões que se constituem verdadeiramente fundamentais ou tradutoras do fenómeno ou da experiência vivida; a *aproximação detalhada ou linha a linha* questionando qual o contributo de cada sentença para a compreensão do fenómeno ou experiência descrita. (Van Manen, 1997)

5.5. Rigor científico do estudo

Foram seguidos os critérios de avaliação/ crítica de estudos de investigação qualitativa propostos por Morse (2007, p. 112) concretamente: credibilidade, confirmabilidade, significado, padronização, saturação, transferibilidade.

Para análise dos dados recorreu-se ao programa NVivo11 Pro, o que permitiu reunir, sistematizar e categorizar os testemunhos recolhidos nas entrevistas.

5.6. Aspetos Éticos

Há que considerar os aspetos relativos à “ética da investigação” e os relativos à “ética do investigador” (Amado, 2014, p. 404). Nesse sentido Fortin (2009) salienta a importância de respeitar os participantes no estudo não apenas fornecendo todos os esclarecimentos necessários nomeadamente e de forma explícita os objetivos do estudo, o envolvimento dos participantes no processo, o tratamento dos dados entre outros, bem como deverá assegurar o consentimento informado e solicitar a autorização escrita por parte dos participantes da sua participação voluntária informando-os que poderão desistir a qualquer momento do estudo. Por outro lado, o investigador deve pautar a sua prática de investigação pelos mais rigorosos princípios éticos, quer no respeito integral pelos participantes quanto no respeito pela propriedade intelectual de outros que sejam alvo da sua pesquisa (Amado, 2014)

Para a realização da recolha de dados e após parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados, Autorização n.º 3179/ 2017 (Anexo 1), foi assinado consentimento informado a todas as participantes do estudo e investigador. Foram

respeitados o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, o direito a um tratamento justo e equitativo como referido por Amado e Vieira (2014).

A par disso, e de forma a reunir o maior número de elementos da entrevista e a ser possível estabelecer uma relação empática com as participantes, a entrevista foi gravada com consentimento de cada uma das participantes do estudo.

6. Apresentação e Discussão dos Resultados

6.1. Caracterização da Amostra

6.1.1. Participantes do estudo

O presente estudo ganhou forma com participantes com experiência de partos realizados na água.

Fazem parte do estudo 13 mulheres com idades compreendidas entre os 28 e os 39 anos, com uma média de 34,77 anos e um desvio padrão de 3,61. Os dados relativos à faixa etária, e que se encontram na tabela 1 divididos por intervalos de idade, evidenciam ainda que a maioria das mulheres (53,8%) têm idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos, 38,5% têm entre 35 e 39 anos e que apenas 7,7% tem menos de 30 anos.

Tabela 4 - Caracterização da amostra relativa à idade

	Frequência	Percentagem
Idade		
25 - 29	1	7,7
30 - 34	7	53,8
35-39	5	38,5
Total	13	100
Desvio Padrão	3,61	
Média	34,77	

Relativamente à localização geográfica das participantes, e de acordo com a tabela 2, verifica-se que 46,1% das mulheres residem no distrito de Setúbal e 38,5% no distrito de Lisboa. Nos distritos de Porto e Leiria residem 7,7% das participantes do estudo, em cada um.

Tabela 5 - Caracterização da amostra relativa à localização geográfica (distrito)

	Frequência	Percentagem
Distrito		
Setúbal	6	46,1
Lisboa	5	38,5
Porto	1	7,7
Leiria	1	7,7
Total	13	100

A tabela 3 apresenta os resultados relativos às habilitações literárias das participantes e evidencia que 46,1% das mulheres são detentoras de grau académico de licenciatura, 23,1% de mestrado e 15,4% de pós-graduação. De referir que 7,7% possuem bacharelado e outras 7,7% pós-licenciatura.

Tabela 6 - Caracterização da amostra relativa às habilitações académicas

	Frequência	Percentagem
Habilitações literárias		
Bacharelato	1	7,7
Licenciatura	6	46,1
Pós-licenciatura	1	7,7
Pós-graduação	2	15,4
Mestrado	3	23,1
Total	13	100

Relativamente à profissão das participantes enquadradas na classificação portuguesa das profissões de 2011, 92,3% das mulheres (12) são do grupo 2 - especialistas das atividades intelectuais e científicas que compreende as tarefas e funções das profissões intelectuais e científicas com particular incidência nos domínios da investigação, desenvolvimento e aplicação do conhecimento humano (ciências físicas, naturais, sociais e humanas) e 7,7% (1) pertence ao grupo 5-trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores compreende as tarefas e funções das profissões dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores com especial incidência no domínio da assistência a viagens, preparação e serviços de refeições, estética, limpeza, trabalho doméstico, astrologia, prestação de cuidados a animais, vendas,

auxílio no cuidado a crianças, proteção de pessoas e bens e na manutenção de segurança e ordem pública

Ainda relativo à profissão, e de acordo com a tabela 5, é possível verificar que 84,6% das participantes se encontram empregadas e 15,4% se encontram em situação de desemprego por opção própria, sendo “mães a tempo inteiro”.

Tabela 4 - Caracterização da amostra relativa à situação profissional

	Frequência	Percentagem
Situação profissional		
Empregada	11	84,6
Desempregada	2	15,4
Total	13	100

Relativamente à nacionalidade, de referir que uma participante (7,7%) é de nacionalidade francesa sendo as restantes 12 (92,3%) de nacionalidade portuguesa, como mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização da amostra relativa à nacionalidade

	Frequência	Percentagem
Nacionalidade		
Portuguesa	12	92,3
Francesa	1	7,7
Total	13	100

A tabela 6 refere-se ao estado civil das participantes, assim verifica-se que 53,8% das mulheres vive em união de facto, 23,1% são solteiras, 15,4% divorciadas e 7,7% são casadas.

Tabela 6 - Caracterização da amostra relativa ao estado civil

	Frequência	Percentagem
Estado civil		
Solteira	3	23,1
União de facto	7	53,8
Casada	1	7,7

Divorciada	2	15,4
Total	13	100

Quanto aos dados obtidos na caracterização das participantes relativamente ao local do parto, é possível verificar na tabela 8 que 53,8% das mulheres tiveram o seu parto num Hospital do SNS, 38,5% em casa e uma mulher teve o seu parto numa clínica privada.

Tabela 7 - Caracterização da amostra relativa ao local do parto na água

	Frequência	Percentagem
Local do parto na água		
Casa	5	38,5
Clínica privada	1	7,7
Hospital do SNS	7	53,8
Total	13	100

De acordo com a tabela 8, verifica-se que 15,4% das participantes tiveram ocorrência de complicações durante a gravidez.

Tabela 8 - Caracterização da amostra relativa à ocorrência de complicações na gravidez

	Frequência	Percentagem
Ocorrência de complicações na gravidez		
Sem complicações	11	84,6
Com complicações	2	15,4
Total	13	100

Quanto à ocorrência de complicações maternase neonatais, é de registar a ausência de complicações maternas em todas as participantes do estudo (100%) bem como a ausência de complicações neonatais (100%).

6.2. Apresentação de Resultados

Os dados recolhidos através das entrevistas encontram-se agrupados em 7 categorias: “Benefícios da água”, “Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados”, “Manifestações de satisfação com a experiência do parto

fisiológico na água por parte da mulher”, “A mulher como protagonista do seu parto”, “Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência”, “Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher” e “Constrangimentos sentidos pela mulher”.

Cada categoria, por sua vez encontra-se dividida em subcategorias que reúnem as citações mais importantes recolhidas do testemunho das mães.

Os resultados encontram-se agrupados em 7 categorias e nas respectivas subcategorias e são apresentados quanto ao número de mães que se referem ao tema (n) e à frequência com que o fazem (ur).

Analisando a tabela 9, é possível constatar que relativamente à categoria “Benefícios da água” todas as mães fazem referências aos benefícios da água, e que essas referências aparecem 169 vezes ao longo das entrevistas. Também as categorias “Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher” e “A mulher como protagonista do seu parto” são referidas pela totalidade das mães, na primeira 133 vezes e na segunda 89 vezes. Já as categorias “Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados” e “Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência” são referidas por 12 mães, 156 vezes na primeira categoria referida e 67 vezes na segunda. Relativamente às duas últimas categorias apresentadas, 9 mães referenciam as “Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher” 21 vezes e 5 mães apresentam “Constrangimentos sentidos pela mulher” 20 vezes ao longo das entrevistas.

Tabela 9 - Resultados relativos às 7 categorias

	n	Ur
Benefícios da água	13	169
Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados	12	156
Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher	13	133
A mulher como protagonista do seu parto	13	89
Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência	12	67
Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher	9	21
Constrangimentos sentidos pela mulher	5	20

A categoria “Benefícios da água” é constituída por 27 subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Alívio da dor” com 30 unidades de registo; “Dar oportunidade de ver o filho nascer” e “A entrada na água a proporcionar o momento alto da experiência” com 13 unidades de registo cada uma; “Relaxamento” com 12 unidades de registo; “Maior mobilidade”, “Leveza”, “Sensação de proteção” e “Aproximação do casal” com 9 unidades de registo cada; “Facilitar o parto” e “Parto decorrer lentamente” com 8 unidades de registo cada; “Tranquilidade” com 6 unidades de registo; e “Criar condições para a mulher conseguir” e “Menor gravidade da laceração perineal” com 5 unidades de registo. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Promoção do contacto pele a pele”, “Suavidade” e “Conforto” com 4 unidades de registo cada; “Menor tempo em trabalho de parto” e “Melhorar a respiração” com 3 unidades de registo cada; “Limpeza”, “Manutenção da integridade perineal”, “Melhor conhecimento do corpo”, “Liberdade”, “Prazer” e “Segurança” com 2 unidades de registo cada; e “Despertar boas memórias”, “Confiança” e “Privacidade” com 1 unidade de registo cada.

Tabela 10 - Resultados relativos à categoria "Benefícios da água"

	n	ur
Benefícios da água		
Alívio da dor	9	30
Dar oportunidade de ver o filho nascer	9	13
A entrada na água a proporcionar o momento alto da experiência	8	13
Relaxamento	7	12
Maior mobilidade	7	9
Leveza	6	9
Sensação de proteção	5	9
Aproximação do casal	4	9
Facilitar o parto	6	8
Parto decorrer lentamente	4	8
Tranquilidade	4	6
Criar condições para a mulher conseguir	4	5
Menor gravidade da laceração perineal	5	5
Promoção do contacto pele a pele	4	4
Suavidade	4	4

Conforto	3	4
Menor tempo em trabalho de parto	3	3
Melhorar a respiração	1	3
Limpeza	2	2
Manutenção da integridade perineal	2	2
Melhor conhecimento do corpo	2	2
Liberdade	2	2
Prazer	1	2
Segurança	1	2
Despertar boas memórias	1	1
Confiança	1	1
Privacidade	1	1
Totais	13	169

A categoria “Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados” é constituída por 25 subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Intervir menos” com 20 unidades de registo; “Valorizar o plano de parto” com 19 unidades de registo; “Ajudar a mulher a ter um papel ativo” e “Promover a adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor” com 14 unidades de registo cada; “Estabelecer contacto prévio com a mulher antes do parto” e “Apoiar” com 12 unidades de registo cada; “Preparar a mulher para o parto” com 10 unidades de registo; “Estar presente” e “Proporcionar um ambiente acolhedor” com 8 unidades de registo cada; “Manter a privacidade” com 6 unidades de registo; e “Atender às especificidades de cada mulher” com 5 unidades de registo. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Informar” com 4 unidades de registo; “Incentivar o envolvimento do pai no processo”, “Ajudar a documentar o momento” e “Transmitir calma” com 3 unidades de registo cada; “Promover a liberdade de escolha”, “Dar a conhecer outros casos em vídeo”, “Dar poder”, “Elogiar” e “Incentivar a distração e relaxamento”, com 2 unidades de registo cada; e “Escutar”, “Dar reforço positivo”, “Incentivar a presença do pai”, “Levar a mulher a acreditar que o parto na água é possível” e “Ser assertivo” com 1 unidade de registo cada.

Tabela 11 - Resultados relativos à categoria "Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados"

	n	ur
Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como		

cuidados personalizados		
Intervir menos	10	20
Valorizar o plano de parto	6	19
Ajudar a mulher a ter um papel ativo	8	14
Promover a adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor	6	14
Estabelecer contacto prévio com a mulher antes do parto	8	12
Apoiar	5	12
Preparar a mulher para o parto	4	10
Estar presente	5	8
Proporcionar um ambiente acolhedor	4	8
Manter a privacidade	4	6
Atender às especificidades de cada mulher	4	5
Informar	4	4
Incentivar o envolvimento do pai no processo	3	3
Ajudar a documentar o momento	2	3
Transmitir calma	1	3
Promover a liberdade de escolha	2	2
Dar a conhecer outros casos em vídeo	1	2
Dar poder	1	2
Elogiar	1	2
Incentivar a distração e relaxamento	1	2
Escutar	1	1
Dar reforço positivo	1	1
Incentivar a presença do pai	1	1
Levar a mulher a acreditar que o parto na água é possível	1	1
Ser assertivo	1	1
Totais	12	156

A categoria “Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher” é constituída por 13 subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Sentir que foi uma experiência positiva” com 36 unidades de registo em 12 das 13 participantes; “Confiar na natureza” com 13 unidades de registo; “Preferir o parto natural/fisiológico”, “Ter um sentimento de vitória por ter conseguido” e “Considerar o EESMO o mais capaz para a acompanhar” com 11 unidades de

registro cada; “Sentir que o parto a transformou profundamente” com 10 unidades de registro; “Sentir -se satisfeita com o parto natural/fisiológico” com 9 unidades de registro; “Considerar que o parto na água é natural”; “Verbalizar satisfação no pós-parto” com 8 unidades de registro cada; e “Desejar repetir a experiência de parto” com 7 unidades de registro. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Sentir-se especial” com 4 unidades de registro; “Acreditar ter feito a escolha certa” com 3 unidades de registro; e “Ter necessidade de recomendar a utilização da água no trabalho de parto e parto” com 2 unidades de registro.

Tabela 12 - Resultados relativos à categoria "Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher"

	n	ur
Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher		
Sentir que foi uma experiência positiva	12	36
Confiar na natureza	4	13
Preferir o parto natural/fisiológico	9	11
Ter um sentimento de vitória por ter conseguido	7	11
Considerar o EESMO o mais capaz para a acompanhar	6	11
Sentir que o parto a transformou profundamente	6	10
Sentir-se satisfeita com o parto natural/fisiológico	6	9
Considerar que o parto na água é natural	7	8
Verbalizar satisfação no pós-parto	5	8
Desejar repetir a experiência de parto	5	7
Sentir-se especial	3	4
Acreditar ter feito a escolha certa	3	3
Ter necessidade de recomendar a utilização da água no trabalho de parto e parto	2	2
Totais	13	133

A categoria “A mulher como protagonista do seu parto” é constituída por 13 subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Procura a informação” com 24 unidades de registro em 11 das 13 participantes; “Assume-se protagonista do seu parto” com 20 unidades de registro; “Decide ter o seu parto na água” com 11 unidades de registro; “Escolhe o local do seu parto” com 8 unidades de registro; “Decide o EESMO que a acompanha” com 6 unidades de registro; e “Recetiva a ajustar o plano de parto” com 5 unidades de registro. Menos referidas pelas mulheres foram as

subcategorias: “Cria o seu plano de parto”, “Critica a ausência de informação científica” e “Escolhe quem quer à sua volta” com 3 unidades de registo cada; “Espera pelo momento adequado para recorrer ao hospital” e “Decide fazer preparação para o parto” com 2 unidades de registo cada; e “Dá oportunidade ao pai de fazer pele a pele” e “Valoriza relatos de outras mães que tiveram o seu parto na água” com 1 unidade de registo cada.

Tabela 13 - Resultados relativos à categoria “A mulher como protagonista do seu parto”

	n	ur
A mulher como protagonista do seu parto		
Procura a informação	11	24
Assume-se protagonista do seu parto	8	20
Decide ter o seu parto na água	5	11
Escolhe o local do seu parto	8	8
Decide o EESMO que a acompanha	4	6
Recetiva a ajustar o plano de parto	3	5
Cria o seu plano de parto	2	3
Critica a ausência de informação científica	1	3
Escolhe quem quer à sua volta	1	3
Espera pelo momento adequado para recorrer ao hospital	2	2
Decide fazer preparação para o parto	1	2
Dá oportunidade ao pai de fazer pele a pele	1	1
Valoriza relatos de outras mães que tiveram o seu parto na água	1	1
Totais	13	89

A categoria “Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência” é constituída por 11 subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Autonomia” e “Respeito” com 13 unidades de registo cada; “Proximidade” com 11 unidades de registo; “Segurança” e “Confiança” com 8 unidades de registo cada. Menos referidas pelas mulheres foram as subcategorias: “Paciência” e “Continuidade de cuidados” com 3 unidades de registo cada; e “Disponibilidade”, “Dedicação”, “Capacidade crítica” e “Multidimensionalidade” com 2 unidades de registo cada.

Tabela 14 - Resultados relativos à categoria "Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência"

	n	ur
Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência		
Autonomia	5	13
Respeito	5	13
Proximidade	5	11
Segurança	6	8
Confiança	3	8
Paciência	2	3
Continuidade de cuidados	2	3
Capacidade crítica	2	2
Dedicação	2	2
Disponibilidade	2	2
Multidimensionalidade	1	2
Totais	12	67

A categoria “Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher” é constituída por 3 subcategorias. As subcategorias mais referenciadas pelas mulheres foram: “Participar ativamente no processo” com 10 unidades de registo; e “Estar sempre presente” com 8 unidades de registo. Já a menos referida pelas mulheres, com 3 unidades de registo, foi a subcategoria “Apoiar a mulher”.

Tabela 15 - Resultados relativos à categoria "Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher"

	n	ur
Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher		
Participar ativamente no processo	6	10
Estar sempre presente	5	8
Apoiar a mulher	2	3
Totais	9	21

A categoria “Constrangimentos sentidos pela mulher” é constituída por 8 subcategorias. A subcategoria mais referenciada pelas mulheres foi “Amedrontarem” com 8 unidades de registo e as menos referidas foram as subcategorias: “Toques vaginais por

rotina” com 3 unidades de registo; “Impedimento à presença do pai”, “Impedida de ir embora” e “Receber ordens” com 2 unidades de registo cada; e “Chantagem”, “Falta de privacidade” e “Imporem entraves” com 1 unidade de registo cada.

Tabela 16 - Resultados relativos à categoria "Constrangimentos sentidos pela mulher"

	n	ur
Constrangimentos sentidos pela mulher		
Amedrontarem	4	8
Toques vaginais por rotina	1	3
Impedimento à presença do pai	2	2
Impedimento de ir embora	2	2
Receber ordens	1	2
Chantagem	1	1
Falta de privacidade	1	1
Imporem entraves	1	1
Totais	5	20

6.3. Discussão de Resultados

6.3.1. Benefícios da água

Neste estudo a categoria com maior representação para as mães é a categoria referente aos “Benefícios da água”, que parecem ser transversais a todas ou quase todas as mães que experienciam a imersão em água.

MANA e CfM (2016, p. 2) evidenciaram um maior conforto e mobilidade, menor sensação de dor, promoção do relaxamento e diminuição da duração do trabalho de parto como benefícios da imersão em água. Benefícios esses também experienciados por estas mães e relatados, como é o exemplo das seguintes citações: *“quando atingimos aquele pico de contrações, com a água conseguimos um momento de alívio”* (M1); *“Acabei por me posicionar e de estar livremente à minha vontade, sempre tendo em conta ali o que me era mais confortável. A posição que me era mais confortável e a posição... a posição, não, que eu devo ter adotado várias, que aquilo às vezes... virava para um lado e virava para outro e*

depois de cócoras” (M10); “a água faz toda a diferença, porque realmente acalma o corpo e relaxa” (M7) Os autores acima referenciados referem ainda como benefícios da água a promoção do contacto pele-a-pele e o aumento dos níveis de ocitocina e endorfina, também referidos pelas mães como se comprova com as seguintes unidades de registo “A M. [recém-nascida] ficou logo no peito a partir do primeiro momento” (M4) e “nas fotografias, a minha cara é de prazer, porque para mim foi literalmente, sentir uma zona do teu corpo que nunca abriu antes a abrir naquele momento. E a abrir, eu digo isto como uma coisa positiva. A anca parece que dança, aquilo faz mesmo um “toc!”... Abre! É extraordinário” (M2).

Duas das subcategorias também mais referenciadas pelos sujeitos e que conferem dois dos momentos mais significativos para estas mães são “Dar oportunidade de ver o filho nascer” e “A entrada na água a proporcionar o momento alto da experiência” com 13 unidades de registo cada. De realçar as unidades de registo que fazem parte destas categorias, respetivamente: *“E quando o bebé nasceu foi incrível a experiência de poder ver, primeiro, o bebé nascer” (M5); “Então passei para dentro de água, e foi assim... a Barbara Harper chama-lhe o ‘aaaaah moment’. Que é o momento em que nós nos sentamos dentro de água e que a água quente entra em contacto com a nossa pele da bacia e da cintura, e nós fazemos ‘aaaaah’... É mesmo a sensação que dá é mesmo ‘Ok, estou onde eu precisava de estar.’” (M3).*

Schafer (2014, 91) aponta o aumento da integridade perineal como um benefício da água, relatado por duas mulheres, como comprova a seguinte unidade de registo: *“Não lacerei, que era um desejo meu. Não lacerei” (M8).* O livre efeito da gravidade na água, confere também à mulher uma sensação de leveza (Balaskas, 2017, p. 256) percecionada por seis mães como uma sensação benéfica como comprova a unidade *“a gente está ali com as contrações e sentimo-nos pesadas, e de repente entramos num meio [água] que nos suporta, que nos faz sentir mais leves naquele momento” (M4).*

As subcategorias “Sensação do proteção” e “Aproximação do casal” também são referidas pelas mulheres, nove vezes cada uma.

MANA e CfM (2016, p. 2) apontam uma mais fácil descida e rotação através da pélvis como benefício da água para o recém-nascido, benefício esse que é percecionado pelas mães como facilitador do parto, como descreve a seguinte unidade de registo: *“Não foi rápido, obviamente porque era um bebé de quatro quilos e meio, não é? Mas a memória que fica foi de como a água ajudou, por um lado ele [recém-nascido] a deslizar” (M3).*

6.3.2. Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados

Outra categoria a merecer grande destaque por parte das mães são as “Atitudes do EESMO interpretadas pela mulher como cuidados personalizados”.

No estudo de Henderson et al. (2014; citado por Dekker, 2014) os investigadores descobriram que 79% das mulheres que pariram na água tiveram um parto não manipulado. A subcategoria “Intervir menos” surge então como a subcategoria mais vezes referenciada e também por um maior número de sujeitos. As mães atribuem uma grande relevância a esta atitude do enfermeiro, como demonstram as seguintes unidades de registo: *“um dos objetivos também de ter o parto na água, era o mínimo de intervenções possíveis”* (M3); *“e para mim é o melhor de dois mundos: é poder estar dentro do hospital, é poder ter toda a assistência necessária, mas ao mesmo tempo é ter um parto muito privado e muito pouco intervencionado, em que nos deixam trabalhar à vontade, não é, a mãe e o bebé”* (M5).

Segundo Lopes (2016, p. 167) o plano de parto deve ser valorizado e cumprido pelos profissionais de forma a potencializar a vivência do casal. As mães destacam a valorização do seu plano de parto por parte do EESMO, de tal forma que esta subcategoria surge referenciada 19 vezes, como são exemplo as seguintes unidades de registo: *“[as enfermeiras] mudaram de turno várias vezes, e senti sempre esse cuidado, de virem, de se apresentarem e de pegarem nos pontos do plano de parto de uma forma muito respeitosa”* (M2) e *“senti mesmo que as enfermeiras quase defendiam o meu plano de parto melhor do que eu. E é mesmo para isso. Porque a mulher ali não está para defender o plano de parto.”* (M2).

O modelo de cuidados centrados na mulher pressupõe que seja “ênfático o empoderamento (empowerment)/capacitação das mulheres afirmando a sua própria força e competências pessoais”. (OE, 2015, p. 8) O papel do EESMO para que a mulher tivesse um papel ativo no ser parto foi fundamental na sua experiência, como se pode constatar nas seguintes unidades de registo: *“Ninguém fez nada por mim, ninguém me levou a fazer nada... não é? Eu fiz tudo sozinha, tudo, tudo, tudo. O meu trabalho de parto fui eu e o bebé, mas sentia-me completamente cuidada por outros”* (M10); *“Senti-me muito mais ativa, isso é verdade, senti-me muito mais liberta, também é verdade, senti-me muito mais independente. Sempre com a opinião e com o suporte de quem lá estava, da equipa que lá estava, claro que sim”* (M12)

De acordo com Coutinho et al. (2015, p. 539) uma das preocupações das parturientes que é causadora de stress, prende-se com os cuidados que lhe são prestados perante a dor de trabalho de parto. Com uma representação também muito significativa surge a subcategoria “Promover a adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio

da dor” como uma atitude do EESMO muito valorizada pela mãe, como evidencia a seguinte unidade de registo: *“permitiram-me tudo no momento da dilatação, portanto eu pude estar deitada, eu pude estar sentada, eu tinha a bola [de Pilates], deram-me gelatina [para comer], eu pude levar as minhas coisas (o meu computador, a minha música), estive muito tempo no chuveiro”* (M1).

Relativamente à subcategoria “Proporcionar um ambiente acolhedor” Balaskas (2017, p. 85) considera que a equipa deve criar um “espaço seguro e acolhedor para que a futura mãe possa viver o trabalho de parto”. A seguinte unidade de registo ilustra bem esta subcategoria: *“Era maravilhoso porque era uma espécie de uma sala para nós, a sala era nossa, era o nosso ninho, a sala onde estava a piscina de parto. Por isso, não era um parto em casa, mas era um parto onde eu sentia que o ambiente estava criado”* (M2).

Assim como Odent (1999; citado por Balaskas, 2017, p. 83) prioriza a privacidade da mulher durante o trabalho de parto e parto, de forma a garantir uma eficaz secreção hormonal, também as mães valorizam esta atitude do EESMO, tal como expressa a seguinte referência *“senti-me muito respeitada, senti que a nossa privacidade foi respeitada”* (M5).

“Aos EESMOS cabe ouvir e apoiar a mulher nas suas escolhas”. (OE, 2015, p. 10) Uma das subcategorias mais referenciadas pelas mães foi o “Apoiar”, constituindo uma das atitudes do EESMO interpretadas como cuidados personalizados, exemplo disso são as seguintes unidades de registo: *“tive o apoio enorme de uma enfermeira, porque quando eu disse ‘Eu quero um parto na água.’, a enfermeira disse-me ‘Queres, e vais ter! Tem calma.”* (M4); *“A parteira simplesmente, pelo menos para mim, só me deu o apoio e a certeza que estava tudo bem, e isso foi muito bom”* (M6). A subcategoria “Escutar” é referida por uma mãe: *“Sempre consegui expor as minhas dúvidas, os meus desejos, e ser ouvida... que não era ouvida, mas sim escutada”* (M12).

Na subcategoria “Atender às especificidades de cada mulher” as mães fazem referência à “adequação dos cuidados às necessidades individuais de cada mulher” (OE, 2015, p. 8): *“Os médicos querem muito medicalizar, querem muito instrumentalizar, querem muito ser eles a ditar o tempo... e ali os partos não são assim. Têm de ser respeitados. Cada mulher tem o seu ritmo, cada mulher terá o seu tempo, cada parto é completamente diferente do outro. E nisso os enfermeiros são fora de série!”* (M4).

No âmbito das práticas promotoras do parto normal, a OE (2012, p. 23) considera importante o acesso à informação e educação sobre a gravidez, preparação para o nascimento e parentalidade, centrada nas necessidades da mulher/casal, durante a vigilância pré-natal” As mulheres deste estudo destacam o papel fundamental do EESMO na

transmissão desse conhecimento, como se pode constatar nas seguintes unidades de registo: *“durante a preparação para o parto que disse que fiz com a M. [recém-nascida] quem me acompanhou e quem me preparou foram enfermeiros”* (M4); *“Estava perfeitamente descansada nos conhecimentos que eu tinha adquirido e nas competências que me foram transmitidas e dadas pela enfermeira que me acompanhou. Isso tudo contribuiu para que todo o processo de gravidez, início de trabalho de parto, parto e pós-parto decorressem sem problemas e foi uma experiência que eu considero como sendo bastante positiva”* (M12).

O autor acima referido, prioriza o apoio contínuo do acompanhante durante o trabalho de parto e o nascimento. As mães neste estudo valorizaram não só a presença do pai como a atitude do EESMO que incentivou a presença e o envolvimento do pai no processo como relatam as seguintes referências: *“A maneira como fui recebida no hospital, a parte da triagem, eu acho que foi fundamental, chamaram o G. [companheiro] para ao pé de mim e disseram “Vá, não saís daqui de ao pé dela. Ficas aqui com ela.”* (M1); *“houve uma parte em que ele [companheiro] estava muito atento ao CTG, porque eu tinha o CTG aquático, e eles tiraram o som assim muito subtilmente, para ele se ligar mais a mim”* (M11)

Nos princípios a defender no parto normal, a Ordem dos Enfermeiros (2012, p. 20) defende que *“as mulheres têm o direito a receber informação completa, adequada e o mais possível imparcial, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas.”* Quatro das 13 mães referiram ter sido devidamente informadas sobre determinados procedimentos, do que é o exemplo o seguinte: *“Eu na altura quis fazer preservação das células estaminais. Se soubesse o que sei hoje, provavelmente não tinha feito, mas mesmo nisso eu fui informada. E por exemplo, não fizemos corte imediato do cordão, fizemos um compromisso, porque a enfermeira x explicou isso e ela disse “Eu aconselho a esperarmos um bocadinho, uns minutinhos, não se... Consegues fazer a preservação das células na mesma, e...”. Porque ela explicou-me o que é que isso significava, e por isso ainda bem. Estou-lhe para sempre grata”* (M2)

“A confiança e a habilidade da mulher para dar à luz, para cuidar e amamentar o seu bebé, e a habilidade do bebé para mamar podem ser fortalecidas ou diminuídas por cada um dos cuidadores e pelo ambiente de nascimento.” (OE, 2012, p. 21). Uma das mães do estudo relata a importância que teve para ela o reforço positivo do enfermeiro: *“eu aí percebi e consegui fazer força como deve de ser. Cada vez que vinha a contração, eu ‘aaaaaaahh’, e ele [o enfermeiro], ‘É isso, é isso, é isso.’”* (M11).

6.3.3. Manifestações de satisfação com a experiência do parto fisiológico na água por parte da mulher

Todas as mulheres do estudo referem sentir-se satisfeitas com a experiência do parto fisiológico na água.

A subcategoria mais referenciada pelas mulheres, e com um total de 12 mulheres é a subcategoria “Sentir que foi uma experiência positiva”, com um total de 36 unidades de registo, de que são exemplo: *“o meu parto na água foi uma coisa absolutamente maravilhosa, foi maravilhoso, foi extraordinário foi tudo, tudo o que eu queria e um bocadinho mais”* (M2); *“No dia a seguir estava sentadinha, a dar de mamar à minha filha, com uma aura assim do tamanho sei lá do quê, super orgulhosa de mim, da minha experiência, e isso tudo. E acho que é, acho que é fundamental termos uma experiência de parto positiva, para o seguinte”* (M11).

Segundo Balaskas (2017, p. 44) o parto ativo “é uma atitude mental. Envolve a aceitação e crença na função natural e na natureza involuntária do processo do parto”. As duas subcategorias seguidamente mais referenciadas pelas mulheres são “Confiar na natureza” e “Preferir o parto natural/fisiológico” com 13 e 11 unidades de registo respetivamente, como comprovam as seguintes unidades de registo: *“num trabalho de parto normal, não há razão para adiantar o trabalho, para acelerar as coisas, ou para intervenções, quando o corpo sabe o que faz”* (M5); *“Eu sempre que pensava em ter um filho, sempre pensei que gostaria de ter da forma mais natural possível”* (M4).

Torna-se importante ainda referir a subcategoria “Ter um sentimento de vitória por ter conseguido” como das mais significativas, com 11 unidades de registo e 7 sujeitos a relatar. As seguintes referências ilustram isso: *“Ao que é que eu comparo... a qualquer situação de uma grande vitória na vida, um momento de grande vitória. Porque é mesmo o conseguirmos concretizar algo que só depende de nós”* (M1); *“o parto na água fez-me sentir que não precisava de nada daquilo: bastava uma piscinazinha, um espaço, um espaço tranquilo, e eu conseguia. E consegui!”* (M4)

Em termos de legislação, a Lei nº 9/2009 da Assembleia da República, “atribui aos EESMOS/Parteiras as competências para o exercício pleno da vigilância do trabalho de parto assim como da assistência ao parto normal”. Os resultados encontram-se em concordância com esta lei, na medida em que as mães consideram o EESMO o profissional mais capaz para as acompanhar, como expressa a unidade de registo: *“Como eu tinha lido, e visto, e informado acerca do movimento do parto natural, que é encabeçado naturalmente por enfermeiros, enfermeiros parteiros ou parteiras (onde há), faz-me todo o sentido que sejam estes profissionais a lidar com os partos normais/naturais/fisiológicos.”* (M3).

Relativamente à subcategoria “Desejar repetir a experiência de parto”, as mães referem que *“queria ter outro filho, mas era se fosse igual, porque foi tudo tão perfeito”* (M1), evidenciando a satisfação que tiveram com esta experiência. Um estudo realizado por Torkamani et al. (2010; citado por Dekker, 2014), vem reforçar esta unidade de registo demonstrando que 72,3% das mulheres que tiveram parto na água declararam que com certeza voltariam a escolher este método para parir novamente. De valorizar uma das unidades de registo que faz parte integra esta subcategoria, e que evidencia uma inacessibilidade ao parto na água de forma gratuita: *“só não tive um segundo parto na água porque não foi possível, porque quando a M. [segunda filha] nasceu já não estavam a ser realizados, mas iria a uma segunda experiência também porque já tenho de bagagem aquela que foi a primeira.”* (M12).

Evidência científica demonstra que a satisfação da mulher para com o parto está relacionada com o parto natural e principalmente com o tipo de assistência que lhe é prestado. (OE, 2015, p. 9) Seis mães referiram satisfação associada ao processo fisiológico do parto: *“poder sentir cada fase do parto, cada fase do trabalho de parto e depois do nascimento, e sentir dessa forma como é que o corpo trabalha, como é que o corpo reage é muito interessante”* (M5); *“Acho que foi importante ter tido dores, e acho que é mesmo importante ter dor no parto e acho que a coisa de tornar o parto fácil com a epidural, corta o processo, porque se eu não tiver dor eu se calhar não estou preparada para aquilo que vem a seguir, porque é muito mais difícil ter um recém-nascido do que parir. [risos] E o superar... E o autosuperar-me a cada contração, e o saber-me deixar seguir, passar, transformar-me, é... Eu acho que é uma capacidade das mulheres tão fantástica”* (M9)

No conjunto das participantes cinco mães referem que ficaram satisfeitas com o pós-parto, como se pode constatar: *“Eu lembro-me de quando ele nasceu, eu ter tido uma vontade enorme, depois quando me levantei da piscina, de ir passear à noite com o bebé. Assim uma coisa incrível. De estar super forte, e satisfeita, e contente, e feliz”* (M8); *“sem dúvida que não me arrependo de forma alguma, e até mesmo depois em termos de pós-parto, foi uma recuperação fantástica. O F. [recém-nascido] nasceu às seis e trinta e seis, eu estive ali um bocadinho ainda obrigatoriamente na marquesa, mas logo a seguir já senti que fazia a minha vida normal, sem quaisquer tipo de limitações, sem dores, sem necessidade às vezes até de pensar “Ai, acabei de parir um filho.”, não, sem problema algum”* (M12) Cornelia (2000, p. 49) explica este facto pelo encurtamento no parto e a menor perda de sangue, que conferem à mulher mais energia.

6.3.4. A Mulher como protagonista do seu parto

A categoria “A mulher como protagonista do seu parto” surge em destaque também nos relatos das mães, numa altura em que a mulher é cada vez mais esclarecida e decide assumir o protagonismo da sua gravidez, trabalho de parto e parto.

A subcategoria mais referenciada, e com um maior número de mães a relatá-la é a subcategoria “Procura de informação”, que assume aqui um papel muito importante no papel ativo da mãe, isto é, na mãe como protagonista do seu parto. A seguinte unidade de registo é um dos exemplos: *“eu gosto muito de uma frase muito bonita que dizem que “uma mãe é melhor que o FBI”, uma mãe que tem uma necessidade, é melhor que o FBI”* (M2)

De seguida, com 20 unidades de registo, referenciada por oito participantes aparece a subcategoria “Assume-se a protagonista do seu parto”, como comprova a referência: *“além da realização de um projeto e de um sonho pessoal, acredito que ofereci ao meu filho a melhor forma de entrar no mundo”* (M3)

Com o papel ativo da mulher no processo gravidez e parto, e esclarecida, a mulher faz as suas escolhas. Assim a subcategoria “Decide ter o seu parto na água” aparece como a terceira subcategoria mais relatada, com 11 unidades de registo, das quais se destaca: *“houve uma imagem que me alimentou a minha gravidez que era a imagem de uma mulher dentro de água a receber o bebé com as próprias mãos. E para mim aquilo era a imagem do meu parto, tipo, isto vai ser assim! [determinação]”* (M2)

Relativamente à subcategoria “Escolhe o local do seu parto”, Lowdermilk e Perry (2008, p. 297) referem que a escolha por parte da mulher do local de parto depende de vários fatores como as características da unidade de saúde, a preferência pelo prestador de cuidados e o sub-sistema de saúde. Dos sujeitos do estudo, oito referenciaram esta subcategoria, como é o exemplo desta mãe que refere *“quando pensámos novamente em engravidar, no Hospital de Setúbal ainda havia o parto na água e ficou logo decidido entre mim e o meu marido que íamos fazer tudo o possível para ir para Setúbal”*. (M3)

A mulher/casal deposita muitas expectativas em toda a gravidez, parto e nascimento, planeia todas as fases pormenorizadamente e assume um papel ativo, o qual se evidencia na apresentação, cada vez mais frequente, dos Planos de Parto (Lopes, 2016, p. 167). Duas mães deste estudo referiram que criaram e apresentaram o seu plano de parto, como revelam as unidades de registo: *“Fizemos um documento [plano de parto], redigimos um documento para entregar na altura”* (M12); *“Foi tudo preparado, apresentei o plano de parto”* (M12) Contudo, apesar da mulher manifestar a sua opção de parto, refere estar recetiva a ajustar o plano de parto, se necessário: *“Eu também acho importante referir: planeámos sim um parto na água, mas nunca descartámos a hipótese de, no momento em si, por vários*

motivos, por assegurar a segurança do bebê e neste caso o meu, se eventualmente se o desfecho fosse outro, teria de o ser” (M12).

6.3.5. Atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência

A Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 10) defende que a autonomia dos EESMOS, no desenvolvimento das suas competências, “traduz-se em ganhos em saúde para as mulheres, crianças e famílias.” (OE, 2015, p. 10) A autonomia dos cuidados é percebida e valorizada por cinco mães, das quais são exemplos as seguintes citações: *“a ideia que eu tenho da minha realidade é que o cuidado por parte dos enfermeiros especialistas é mais que suficiente na esmagadora maioria dos casos, diria eu, dos trabalhos de parto e partos, da maioria das gravidezes” (M3); “se for um bom EESMO, não precisamos de mais nada” (M10)*

O “Respeito”, com 13 unidades de registo, a “Proximidade” com 11 unidades de registo e a “Segurança com oito, surgem logo de seguida como três dos atributos do EESMO interpretados pela mulher como de competência mais significativos para a mulher. As seguintes unidades de registo evidenciam isso: *“as [as enfermeiras] respeitam imenso. Eu senti acima de tudo que fui muito respeitada. Sempre muito, muito, muito respeitada” (M4); “Mas ambos os acompanhamentos [médico e de enfermagem] são importantes, se bem que há algumas nuances que são diferentes. E aqui dando uma importância maior ao envolvimento muito mais profundo, muito mais próximo, nós conseguimos isso com a parte da enfermagem” (M12); “Poder ter a segurança que se houvesse em algum momento algum problema com a mãe ou com o bebê, estavam lá pessoas que nos podiam auxiliar. Essa segurança foi importante para nós” (M5).*

Um dos princípios centrais do cuidado centrado na mulher passa por assegurar uma continuidade de cuidados para que se possam desenvolver relações de confiança entre a mulher e os seus cuidadores. (OE, 2015, p. 9) Três mulheres do estudo referem confiar no EESMO e nos cuidados que ele lhe presta *“Eu saber que ela sabia o que é que nós queríamos... E eu confiei perfeitamente que ela, teria em conta a pessoa que eu sou, o casal que nós somos” (M8); “estava completamente entregue, confiava plenamente e portanto ia curtindo o meu trabalho de parto e eles iam fazendo as outras coisas todas” (M10)*

Uma das participantes do estudo refere a Multidimensionalidade como um atributo do EESMO: *“Para mim uma parteira e uma enfermeira especialista que quer fazer o parto humanizado, fisiológico, natural, tem de ser uma doula” (M13).* A Ordem dos enfermeiros

(2015, 9) refere que o cuidado prestado pelo EESMO/Parteira à mulher “é, naturalmente, holístico pois atende à compreensão da Mulher nas suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica, no seu ciclo”.

As questões fundamentais para o empoderamento dos EESMOS centram-se na continuidade de cuidados, na análise de situações, no privilegiar as relações de carinho e atenção para com as mulheres e os pares. (OE, 2015, p. 8) As mulheres reconhecem a continuidade de cuidados e a capacidade crítica dos EESMOS como uma mais-valia, como se pode verificar com as citações: *“Avaliaram exatamente aquilo que deviam avaliar para antever que o final daquele trabalho de parto ia correr bem”* (M3); *“facilitou em certa medida conhecer quem tinha à minha volta, saber que tinha tido o apoio antes, no momento e que teria depois”* (M12)

6.3.6. Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher

A categoria “Formas de envolvimento do pai na gravidez e parto valorizadas pela mulher” dá visibilidade ao papel no pai durante todo o processo de gravidez e parto e a forma como as mães vivenciam a experiência acompanhadas pelo pai, contudo é uma das categorias menos referenciadas pela mulher. A subcategoria “Participar ativamente no processo” é a mais representativa para a mãe, com 10 unidades de registo, e em que o pai, mais do que estar presente, é parte integrante do processo: *“mais do que a experiência pessoal, foi a experiência também do casal. Poder ter o pai a participar ativamente no nascimento de um filho acho que é uma coisa incrível”* (M5).

De seguida encontra-se a subcategoria “Estar sempre presente”, com 8 unidades de registo, e com três unidades de registo surge o pai a “Apoiar a mulher”, como comprovam as seguintes categorias, respetivamente: *“ele esteve sempre comigo, e foi ótimo, foi maravilhoso ele ter estado sempre comigo”* (M2); *“o pai estava a ajudar (...) com o suporte emocional, com o suporte físico”* (M1) Góngora et al.(1997) e Linares et al. (1999) constataram que “a promoção da qualidade da assistência ao parto só se efetiva quando os pais participam de todo o processo de forma ativa” (Mazzierie e Hoga, 2006)

6.3.7. Constrangimentos sentidos pela mulher

Esta categoria surge como a categoria menos referenciada pela mulher algumas manifestações por parte das mães de vários constrangimentos que esta sofreu durante a gravidez por parte de terceiros, sejam eles familiares, amigos, conhecidos, ou profissionais de saúde.

Segundo Balaskas (2017, p. 48) “é compreensível que a mulher se sinta apreensiva em relação ao que tem pela frente, especialmente se as pessoas do seu convívio têm a perspectiva de que o parto será doloroso e perigoso.”. Quatro das 13 mães referem em algum momento da gravidez terem-se sentido amedrontadas por terceiros, como comprova a seguinte unidade de registo: *“não queríamos sentir aquele medo e insegurança, não é, que normalmente as pessoas dizem ‘Ah, não te metas nisso, porque é perigoso, ou podes por em risco...’”* (M7). A falta de privacidade foi um dos constrangimentos referidos por uma mãe do estudo, como prova a seguinte afirmação: *“E antes de eu entrar [na urgência] estava uma moça a vestir-se ainda, e ela mandou-me entrar, e estava uma senhora a limpar lá a marquesa, porque estava suja, e ela estava a limpar. Ou seja, começou logo ali. Eu já ia nervosa, porque eu já estava a sentir que ela ia-me dizer para eu me deitar e despir”* (M7). Balaskas (2017, 85) aponta a falta de privacidade num hospital como um fator inibidor para o parto fisiológico, acrescentando ainda que pode ser um aspeto determinante para a escolha do local de parto, como evidencia a unidade de registo que se segue, referente ao mesmo sujeito: *“E quando eu saí do hospital, eu senti mesmo ‘Hm, hm! Eu não venho para aqui! Eu quero ter o bebé em casa.”* (M7).

A OMS publica em 1996 (37) um guia de recomendações para o parto na normal onde contraindica os toques vaginais utilizados de forma frequente e repetida, especialmente por mais de um profissional. Apesar desta recomendação surgir no século passado, ainda existem mulheres no presente a serem alvo de más práticas por parte dos profissionais, como evidencia a seguinte unidade de registo *“a médica disse-me ‘O seu filho não está bem. Você tem que me deixar ver!’, a desculpa dela foi essa. Eu disse ‘Não, o meu filho está bem.’, e ela ‘Não, não está! Com este registo, ele não está bem.’. E eu disse ‘Então, mas não é através da vagina que você vai ver o batimento cardíaco do bebé. Ou é? Pode fazer uma ecografia, à vontade! Agora tocar-me, não!, e ela ficou possessa. Ela disse-me ‘Mas eu preciso tocar, eu é que sou a médica...’”* (M7).

Conclusão

“o parto marca uma transição profunda. A partir dali nada vai ser igual, há alguma coisa que se materializa de diferente. Eu não sou igual, a minha família não é a mesma, as pessoas que estiveram comigo também são transformadas de alguma forma” (M8)

O parto na água é vivenciado pelas mães de uma forma intensa e transformadora, é mais do que uma experiência de parto natural/fisiológico. O parto na água ultrapassa o que é palpável. A experiência do parto na água não é mensurável...

As participantes referem que o parto na água entrou na sua vida como uma forma de encarar, conhecer e promover o parto fisiológico. A procura de respostas sobre o que é experienciar o parto no meio aquático fez-lhes compreender à vida de outras mulheres. Perceber as suas crenças, os seus valores, as suas expectativas, as suas vivências fez-lhes perceber que o parto na água é muito mais do que uma mulher, uma piscina com água e um bebé a nascer quase sem intervenção.

Estes dados recolhidos de forma subjetiva e empírica, corroboram e ilustram as conclusões mais significativas deste estudo:

- Os benefícios da água são os mais elencados pelas mães como o elemento chave da experiência do parto na água, especificamente o alívio da dor, a oportunidade de ver o filho nascer, a entrada na água como o momento alto da experiência e a promoção do relaxamento;
- A menor intervenção, a valorização do plano de parto e a promoção da adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, são as atitudes do EESMO mais valorizadas pelas mulheres como cuidados personalizados;
- O acompanhamento do EESMO no processo de gravidez, parto e pós-parto constitui um elemento determinante para a promoção do papel ativo da mãe;
- As mulheres referem um elevado grau de satisfação em relação à experiência vivida no parto na água, por confiarem e preferirem o parto fisiológico, por sentirem que foi uma experiência positiva, por lhes transmitir um sentimento de vitória e por considerarem o EESMO o mais capaz para as acompanhar;

- O parto na água permite à mãe ser protagonista do seu parto na medida em que esta assume-se como tal, procura informação, decide ter o parto na água e escolhe o local e as pessoas onde o mesmo irá decorrer.

Referências Bibliográficas

- Amado, J. (2014). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (2ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amado, J., & Vieira, C. C. (2014). Salvaguarda das questões éticas na investigação e no relatório. In J. Amado (Ed.), *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (2ª ed., pp. 404-412). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- American Academy of Pediatrics & The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Clinical Report: Immersion in Water During Labor and Delivery. *PEDIATRICS*, 133, 758-761.
- American Association of Birth Centers. (2014). *Position Statement: Immersion in Water during Labor and Birth*.
- American College of Nurse-Midwives. (2014). *Position Statement: Hydrotherapy During Labor and Birth*.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). *Experiências de Parto em Portugal – Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Lisboa.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). *O Plano de Parto*.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa Parto Normal – Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2017) *Iniciativa Parto Normal – Guia para mães e pais*. Viseu: Digital 3.
- Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo*. São Pedro do Estoril: 4Estações – Editora, Lda.
- Basto, M. L. (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança – Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Basto, M. L. (2012). *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau.

- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cluett, E. R., & Burns, E. (2014). *Immersion in water in labour and birth*.
- Costa, A. P., Reis, L. P., Sousa, F. N., Moreira, A., Lamas, D. (2017). Computer Supported Qualitative Research. *Studies in Systems, Decision and Control*, 71.
- Coutinho, E. C., Silva, A. L., Pereira, C. M. F. P., Almeida, A. I., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., & Amaral, M. O. (2014). Health care to immigrant and Portuguese pregnant women in Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 9-16.
- Coutinho, E. C., Silva, A. L., Pereira, C. M. F., Rouxinol, D. F. C., Parreira, V. B. C., Nelas, P. A. B., . . . Cabral, L. R. (2014). Experiences of Being a Mother: Meanings of Childbirth, Pain and Birth. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 3(3, jul.-dez.), 259-274.
- Coutinho, E. C., Silva, A. L., Lopes, C. S. M. S., Parreira, V. B. C., Duarte, J. C., Nelas, P. A. B., . . . Amaral, M. O. (2014). Becoming a Mother in a Strange Land: What cultural care immigrant women experience in Portugal? *Revista Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 3(3, jul.-dez.), 142-160.
- Coutinho, E. C., Silva, C. B., Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., Amaral, M. O., & Duarte, J. C. (2014). Pregnancy and childbirth: What changes in the lifestyle of women who become mothers? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 17-24. doi: 10.1590/s0080-623420140000800004
- Coutinho, E., Silva, C. B., Nelas, P., Chaves, C. M. C. B., Amaral, O., & Parreira, V. C. (2014). Significados atribuídos à gravidez por mulheres imigrantes e portuguesas. *Referência, Suplemento ao nº2 - Série IV*, 861. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FNeh1Ddd-EIJ:https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php%3Fid_abstrac%3D6773%26id_event%3D125+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Coutinho, E., Rocha, A., & Silva, A. (2015). *Expectativas de mulheres portuguesas face aos cuidados de saúde durante a maternidade*. Paper presented at the Livro de Actas de 4º Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa” e do “6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação, pp583-542, Aracajú, Brasil.
- Coutinho, E. (2015). Vivências e Experiências das Várias Populações Migrantes: Crenças, Desejos e Práticas Culturais Durante a Gravidez. In ESEL (Ed.), I Congresso Internacional de Saúde Materna/I International Congress of Maternal Health (Escola

Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) – Departamento de Enfermagem de Saúde Materna ed., pp. 7-16). Lisboa, ESEL – Auditório do polo Artur

- Coutinho E. de, C., Rocha, A. M., & Silva, A. L. (2016). Expectations of a group of Portuguese pregnant women in the districts of Viseu and Aveiro regarding motherhood. *CienSaudeColet*, 21(8), 2339-2346. doi: 10.1590/1413-81232015218.05472016
- Coutinho, E., Parreira, V., Martins, I., Cabral, L., Duarte, J., Amaral, O., & Pereira, C. (2016). O primado da comunicação em obstetrícia. As relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e puérperas. In António Pedro Costa, Catarina Brandão, Jaime Ribeiro, FrancislêNeri de Souza & DayseNeri de Souza (Eds.), *Atas do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Investigação Qualitativa na Saúde* (Ludomedia ed., Vol. 2, pp. 1508-1516). Porto: Ludomedia.
- Dahlen, H. G., Tracy, M., Schmied, V., & Tracy, S. (2013). 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*, 29, 759-764.
- Dekker, R. (2014). *Evidence on the Safety of Waterbirth*. Evidence Based Birth. Acedido em <http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2016/11/Evidence-on-safety-of-water-birth.pdf>
- Diário de Notícias. (2014). *Setúbal é o único hospital público com partos na água*. Acedido a 24 Março 2017, em <http://www.dn.pt/portugal/interior/setubal-e-o-unico-hospital-publico-com-partos-na-agua-3677706.html>
- Diário de Notícias. (2014). *Ordem dos Médicos contra partos na água*. Acedido a 24 Março 2017, em <http://www.dn.pt/portugal/interior/ordem-dos-medicos-contra-partos-na-agua-3972212.html>
- Enning, C. (2000) *O Parto na Água – Um guia para pais e parteiros*. São Paulo: Editora Manole, Lda.
- Finigan, V.; Chadderton, D. (2015). *Facilitate birth in water*. Acedido em Evidence Based Birth website: rcm.org.uk/midwives
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

- Graça, L. M. (2017) *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed.) Lisboa: Lidel.
- Harper, B. (2014). Birth, Bath and Beyond: The Science and Safety of Water Immersion During Labor and Birth. *The Journal of Perinatal Education*, 23, 124-134.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2011. Lisboa. Acedido em <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>
- Jovanović, R. (2009). *Parto na água – Uma nova consciência familiar*. Quinta do Conde: Ariana.
- Lopes, M. O. (2016). Plano de Parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7 ed.). Loures: Lusodidacta.
- Machado, P. M. G. (2015). *Adaptação do Recém-nascido à Vida Extra-uterina no Parto na Água*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Mães D' Água. (s.d.). *Breve História do Parto na Água no SNS Português*. Acedido a 24 Janeiro 2017, em <http://maesdagua.org/breve-historia-do-parto-na-agua-no-sns-portuges/>
- Mães D' Água . (s.d.). *Uma breve história do Parto na Água em Portugal*. Acedido a 24 Janeiro 2017, em <http://maesdagua.org/uma-breve-historia-do-parto-na-agua-em-portugal/>
- Maude, R. M., & Foureur, M. J. (2007). It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women and Birth*, 20, 17-24.
- Mazzieri, S., Hoga, L. (2006). Participação do Pai no Nascimento e Parto: Revisão da Literatura. *REME*, 10, 166-170.
- Mendes, V. M. F. (2013). *Recurso à Água Morna no Parto: Prevenção do Trauma Perineal e Incontinência Urinária*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Midwives Alliance North America, & Citizens for Midwifery. (2016). *MANA and CFM Position Statement on Water Immersion During Labor and Birth*.
- Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, O., Özyer, S., Su, F. A., Karayalçın, R., Hançerlioğlu, N., Uzunlar, Özlem; Dilmen, U. (2012). The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal of Turkish German Gynecological Association*, 13, 45-49.

- Moreira, F. S. D. R. (2014). *Fatores que Influenciam a Preferência pela Via de Parto*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Morse, J. (2007). *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing Research. A Qualitative Perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- New Zealand College of Midwives. (2015). *Consensus Statement: The Use of Water for Labour and Birth*.
- Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, 286-319.
- Oliveira, S. (2017). *Nascer Saudável – Gravidez e Parto Informado*. Edições Chá das Cinco
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer nº 51/2014 - Parto na Água*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/documents/mceesmo_parecer_51_2014_parto_agua_site_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Ordem dos Médicos. (2014). Parecer sobre o parto na água. *Revista da Ordem dos Médicos*, 150, 26-27. Acedido a 24 Março 2017, em <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=3a066bda8c96b9478bb0512f0a43028c&id=7288251b27c8f0e73f4d7f483b06a785>
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. Acedido em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/5/9789248549458-por.pdf?ua=1>
- Otigbah, C. M., Dhanjal, M. K., Harmsworth, G., & Chard, T. (2000). A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 91, 15-20.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinette, M. G., Wax, J., & Wilson, E. (2004). The risks of underwater birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 1211-1215.
- Poder, T. G., & Larivière, M. (2014). Bénéfices et risques de l'accouchement dans l'eau: une revue systématique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42, 706-713.
- PORDATA. (2018). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e fora do casamento. Acedido em <https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+fora+do+casamento-14>
- Posner, G. D.; Dy, J.; Black, A. Y.; Jones, G. D. (2014). *Trabalho de Parto & Parto* (6ª ed.). Porto Alegre: AMGH Editora, Lda.
- Rocha, A., Coutinho, E., Leite Silva, A., Duarte, J., Chaves, C., Nelas, P., . . . Parreira, V. (2015). Immigrant Woman's Maternity Experiences in Portugal: Unfulfilled Expectations Regarding Care by Health Professionals *Conference name: 8th International Conference of Education, Research and Innovation November 16th-18th* (pp. 4408-4413). Seville, SPAIN: ICERI2015 Proceedings.
- Rodrigues, S.; Santos, S.; Varela, V. (2014). *Immersion and Waterbirth – First Portuguese study*. Praga.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, & Royal College of Midwives. (2006). Joint statement No.1: Immersion in Water During Labour and Birth.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49(jun/dez), 153-171.
- Schafer, R. (2014). Umbilical Cord Avulsion in Waterbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, 91-94.
- Scheidt, T. R. (2014). *Prevalência de Partos na Água e Resultados Maternos e Neonatais em uma Maternidade do Setor Suplementar de Saúde*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Silva, A. L. (1998). O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In D. E. W. MEYER, V. R. ; LOPES, M. J. M. (Ed.), *Marcas de diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- The American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics. (2014). *Committee Opinion: Immersion in Water During Labor and Delivery* (Vol. 594).
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2014). *Warm water immersion during labour and birth*.
- Van Manen, M. (1997). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy* (2nd ed.). London: Althouse Press.
- Van Manen, M. (2007). Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*, 1(1), 11 - 30.
- Weaver, M. H. (2014). Water Birth in the Hospital Setting, *Nursing for Women's Health*, pp. 365-369.
- Waterbirth International. (s.d.). History of WBI. Acedido a 24 Março 2017, em <https://waterbirth.org/history-of-wbi/>
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Acedido a 03 Janeiro 2018, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Zanetti-Daellenbach, R. A., Tschudin, S., Zhong, X. Y., Holzgreve, W., Lapaire, O., & Hosli, I. (2007). Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 134, 37-43.

Anexos

Anexo 1 – Autorização Comissão Nacional de Proteção de Dados



Autorização n.º 3179/ 2017

Mariana Alves Gonçalves notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Vivências de Parto na Água em Portugal. Que evidências o recomendam .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.



Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Mariana Alves Gonçalves

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Vivências de Parto na Água em Portugal. Que evidências o recomendam

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; dados da história clínica; relativos à vida sexual

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 15-03-2017

A Presidente

Filipa Calvão

Anexo 2 – Declaração de Consentimento Livre e Informado



INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo subordinado ao tema **“Parto na água em Portugal. Experiência de mães e enfermeiros.”**. Compreendo que esta entrevista fará parte de um trabalho de investigação, que pretende: Compreender a experiência de mães que tiveram um ou mais partos na água em Portugal e dos enfermeiros que os realizaram; Compreender o significado atribuído ao trabalho de parto, parto e nascimento em meio aquático por mães que tiveram um ou mais partos na água em Portugal e pelos enfermeiros obstetras que delas cuidaram.

Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária e que poderei desistir em qualquer momento do estudo. É-me garantido o anonimato e a confidencialidade das minhas respostas, estas serão usadas apenas na investigação. A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhum momento. Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar.

Recebi uma cópia assinada e datada deste formulário de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Data: __/__/____

Mariana Gonçalves

Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia
Escola Superior de Saúde de Viseu