

PRÁTICAS E OPERACIONALIZAÇÃO DO PARTO AQUÁTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
PRACTICES AND OPERATIONALIZATION OF WATER BIRTH: AN INTEGRATIVE REVIEW
 PRÁCTICAS Y OPERACIONALIZACIÓN DEL PARTO EN AGUA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

¹Isabelle Souza Chies

²Júnia Aparecida Laia da Mata

³Clara Frões de Oliveira Sanfelice

⁴Gabriela Capin Pagano

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0009-0000-2260-9755>

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0001-9062-8536>

³Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1920-3193>

⁴Hospital de Clínicas e Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-8287-4558>

Autor correspondente

Júnia Aparecida Laia da Mata

Avenida Francisco Petuco, n. 45, apto 1004-B1, Boa Vista, Porto Alegre- RS, Brasil. CEP: 90.520-620, contato:

+55(51) 99940-2505, E-mail:

jumata.2905@gmail.com.

Submissão: 05-12-2025

Aprovado: 15-04-2026

RESUMO

Introdução: O parto aquático configura uma estratégia que promove conforto, reduz intervenções e favorece a fisiologia do nascimento. No Brasil, sua prática ainda é pouco difundida e carece de diretrizes específicas, tanto no contexto hospitalar quanto no parto domiciliar planejado. Diante disso, compreender como essa modalidade é operacionalizada em diferentes cenários torna-se essencial para qualificar a assistência. **Objetivo:** Conhecer as práticas de parto aquático e sua operacionalização no Brasil e no cenário internacional, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar. **Método:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura em seis etapas, orientada pela estratégia PCC e pelas recomendações PRISMA-ScR. As buscas foram conduzidas em seis bases de dados nacionais e internacionais, contemplando estudos e documentos publicados entre 2013 e 2023. **Resultados:** A busca inicial identificou 807 materiais e, após triagem e leitura na íntegra, 18 compuseram a amostra final. Os estudos abordaram majoritariamente o parto aquático em ambiente hospitalar, não havendo publicações sobre sua realização no parto domiciliar planejado. Os achados incluíram critérios de elegibilidade, práticas assistenciais, controle da temperatura da água, monitoramento materno-fetal, aspectos de higiene e potenciais benefícios e riscos, incluindo desafios na estimativa da perda sanguínea. **Conclusão:** O parto aquático é prática consolidada em diversos países, mas ainda pouco explorada no Brasil. A ausência de estudos e diretrizes nacionais, especialmente para o contexto domiciliar, evidencia a necessidade de produções científicas que subsidiem práticas seguras e qualificadas.

Palavras-chave: Parto na Água; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Saúde Materna.

ABSTRACT

Introduction: Water birth is a strategy that promotes comfort, reduces interventions, and supports the physiology of birth. In Brazil, this practice is still not widely disseminated and lacks specific guidelines, both in hospital settings and in planned home birth. In this context, understanding how this modality is operationalized in different settings becomes essential to improving the quality of care. **Objective:** To identify water birth practices and their operationalization in Brazil and internationally, both in hospital and home settings. **Method:** An integrative literature review was conducted in six stages, guided by the PCC strategy and PRISMA-ScR recommendations. Searches were carried out in six national and international databases, including studies and documents published between 2013 and 2023. **Results:** The initial search identified 807 records and, after screening and full-text reading, 18 were included in the final sample. The studies mostly addressed water birth in hospital settings, with no publications on its implementation in planned home birth. Findings included eligibility criteria, care practices, water temperature control, maternal-fetal monitoring, hygiene aspects, and potential benefits and risks, including challenges in estimating blood loss. **Conclusion:** Water birth is an established practice in several countries but remains underexplored in Brazil. The absence of national studies and guidelines, particularly for home birth, highlights the need for scientific production to support safe and qualified practices.

Keywords: Water Birth; Natural Childbirth; Midwifery; Maternal Health.

RESUMEN

Introducción: El parto en agua se configura como una estrategia que promueve confort, reduce intervenciones y favorece la fisiología del nacimiento. En Brasil, su práctica aún es poco difundida y carece de directrices específicas, tanto en el contexto hospitalario como en el parto domiciliario planificado. En este sentido, comprender cómo se operacionaliza esta modalidad en diferentes escenarios resulta esencial para calificar la atención. **Objetivo:** Conocer las prácticas de parto en agua y su operacionalización en Brasil y en el contexto internacional, tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario. **Método:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura en seis etapas, guiada por la estrategia PCC y por las recomendaciones PRISMA-ScR. Las búsquedas se llevaron a cabo en seis bases de datos nacionales e internacionales, contemplando estudios y documentos publicados entre 2013 y 2023. **Resultados:** La búsqueda inicial identificó 807 materiales y, tras el proceso de selección y la lectura completa, 18 conformaron la muestra final. Los estudios abordaron mayoritariamente el parto en agua en el entorno hospitalario, sin existir publicaciones sobre su realización en el parto domiciliario planificado. Los hallazgos incluyeron criterios de elegibilidad, prácticas de atención, control de la temperatura del agua, monitoreo materno-fetal, aspectos de higiene y posibles beneficios y riesgos, incluyendo desafíos en la estimación de la pérdida sanguínea. **Conclusión:** El parto en agua es una práctica consolidada en diversos países, pero aún poco explorada en Brasil. La ausencia de estudios y directrices nacionales, especialmente para el contexto domiciliario, evidencia la necesidad de producir investigaciones que respalden prácticas seguras y de calidad.

Palabras-clave: Parto en Agua; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Salud Materna.

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto e o nascimento fisiológicos são definidos como processos que se iniciam e progridem de forma espontânea no termo, com ausência ou uso mínimo de intervenções e medicamentos, resultando em um parto sem complicações, denominado eutócico⁽¹⁻²⁾. O parto de gestante de risco habitual pode ser assistido no âmbito hospitalar e, no contexto domiciliar, de forma planejada, por Enfermeiras(os) Obstetras e Obstettrizes⁽³⁻⁵⁾.

No Brasil, a maioria dos nascimentos ocorre em hospitais, enquanto o parto domiciliar planejado (PDP) permanece restrito a uma parcela minoritária da população, geralmente atendida no âmbito privado por equipes especializadas.

Uma revisão sistemática com metanálise concluiu que o PDP de mulheres de risco habitual não aumenta a mortalidade ou a morbidade perinatal e neonatal, quando comparado ao de mulheres que pretendem parir em ambiente hospitalar. Além disso, ao comparar os grupos domiciliar e hospitalar, não foram observadas diferenças nos seguintes desfechos neonatais: admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), escores de Apgar e necessidade de reanimação⁽⁶⁾.

O parto domiciliar planejado é tão seguro quanto o parto hospitalar, quando se trata do atendimento de gestantes estratificadas como risco habitual⁽³⁾, sendo possível que sua ocorrência se dê no meio aquático. No entanto, no Brasil, há ausência de diretrizes específicas para a operacionalização do parto na água, o que

pode comprometer a qualidade e a segurança da assistência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1996, recomenda a oferta de assistência ao parto e nascimento onde a gestante escolha, sinta-se confortável e o nascimento seja viável⁽⁷⁾. Promover a fisiologia do nascimento envolve a redução do uso rotineiro de intervenções desnecessárias e incluem a adoção de práticas que facilitem aspectos psíquicos e físicos durante o processo. Dentre eles, destacamos a imersão em água, recomendada para a promoção do conforto e alívio da dor⁽⁸⁻¹¹⁾.

Pesquisas científicas demonstram que a imersão em água durante o processo parturitivo promove a fisiologia^(10,11), proporciona uma experiência centrada na pessoa que pare,^(12,13) reduz a dor e aumenta a satisfação materna^(8-10,13-16). Além destes benefícios, a imersão em água aquecida, em banheira ou piscina, reduz a incidência de trauma perineal durante o nascimento, promove o relaxamento, viabiliza a liberdade de movimentos e garante segurança para a mãe e o feto⁽¹⁷⁾.

A primeira menção histórica do conceito de parto na água ocorreu em 1805 na França, em meados dos anos 1960, pelos pesquisadores Tscharkowskij e Frédérick Leboyer. Já o primeiro registro reportado de parto aquático aconteceu somente em 1980, nos Estados Unidos da América, sendo chamado de "*water baby*", ocorrido em uma banheira no domicílio⁽¹⁸⁾. No ano de 1983, Michel Odent, médico obstetra e referência na humanização do parto, publicou sua pesquisa realizada com 100 mulheres que

vivenciaram o parto na água, sendo o pioneiro nesta prática⁽¹⁹⁾.

Na atualidade, a imersão em água durante o trabalho de parto e o nascimento é recomendada pela OMS e pelo Ministério da Saúde^(8,15). O parto aquático é um ótimo exemplo em que as relações de poder na parturição se invertem, pois a pessoa que pare é quem conduz o processo, enquanto a(o) profissional que a assiste concentra-se no cuidado⁽²⁰⁾. Talvez por isso seja comum encontrar, na rede mundial de computadores, registros fotográficos de partos aquáticos no domicílio, contexto em que, com frequência, pessoas que gestam e suas famílias buscam e encontram maior autonomia para vivenciar o processo parturitivo.

Diante do exposto e considerando a importância de conhecer sobre a operacionalização do parto aquático nas diferentes modalidades de nascimento, foi desenvolvido o presente estudo, que teve como objetivo conhecer as práticas de parto aquático e sua operacionalização no Brasil e no cenário internacional, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar.

MÉTODO

Tratou-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura, desenvolvida a partir de seis passos: 1) definição do tema e seleção da questão de pesquisa, que buscou conhecer as práticas de parto aquático no Brasil e no nível internacional, a fim de promover uma reflexão sobre a possibilidade de adotá-las no atendimento à parturição; 2) estabelecimento dos

critérios de inclusão e exclusão dos materiais; 3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos estudos; 5) análise e interpretação dos resultados; e, 6) apresentação da síntese do conhecimento^(21,22).

A questão desta RI foi construída por meio da estratégia PCC (*Population/População, Concept/Conceito, Context/Contexto*), proposta pelas recomendações do *Joanna Briggs Institute (JBI)*⁽²³⁾, e considerou: população - parturientes de risco habitual; conceito - parto aquático; e, contexto – âmbito brasileiro e internacional. Assim, foi obtida a seguinte pergunta: Quais são as práticas de parto aquático em parturientes de risco habitual no Brasil e no nível internacional, descritas na literatura científica?

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2023, nas bases de dados: Cochrane; Scopus; *Science Direct*; Biomed Central; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, sendo as duas últimas acessadas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Incluiu-se pesquisas originais, diretrizes, manuais/*guidelines*, legislações, notas técnicas, protocolos, teses, dissertações, consensos nacionais e internacionais; publicados entre 2013 e 2023, a nível nacional e internacional, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos de revisão integrativa; que abordaram sobre parto aquático em gestação de alto risco; e materiais que não respondessem à pergunta desta RI.

O processo de busca foi desenvolvido com uso de Descritores em Ciências da Saúde (DECS), em português, inglês e espanhol e do *Medical Subject Headings* (MeSH), cruzados por meio dos operadores booleanos AND, OR ou

NOT, conforme disposto no Quadro 1. A construção das estratégias para recolha dos dados se deu com o apoio de bibliotecária, com experiência de suporte à estudos na área de conhecimento das ciências da saúde.

Quadro 1 – Estratégias de busca da RI nos idiomas português, inglês e espanhol. Porto alegre, 2025.

Busca em português	Busca em inglês	Busca em espanhol
("parto natural" OR "parto em casa" OR parto na água) AND água NOT dor.	("natural childbirth" OR "home childbirth" OR "water birth" OR waterbirth) AND water NOT pain.	("parto natural" OR "parto en casa" OR parto en el agua) AND agua NOT dolor.

Fonte: as autoras, 2025.

Previamente a esta RI, foi realizada uma busca exploratória nas bases de dados e, apesar de terem sido identificadas muitas pesquisas que abordassem sobre a prática de imersão em água, em grande parte delas, o parto/nascimento não ocorria em ambiente aquático, foco principal deste estudo. Os materiais tinham como cerne o manejo da dor. Por isso, optamos por utilizar na estratégia de busca "NOT pain".

Na pré-seleção, foram analisados os títulos e os resumos/descrição/apresentação dos materiais e, ao atenderem os critérios de inclusão, foram selecionados e analisados na íntegra. Aqueles indexados em mais de uma base foram contabilizados apenas uma vez.

A seleção dos materiais contou com duas pesquisadoras e a extração dos dados foi registrada em tabela Excel®, que continha as seguintes informações: título, autores, ano, tipo de estudo/material, país de publicação e principais achados da pesquisa. Para a filtragem dos materiais foi utilizado o Rayyan®.

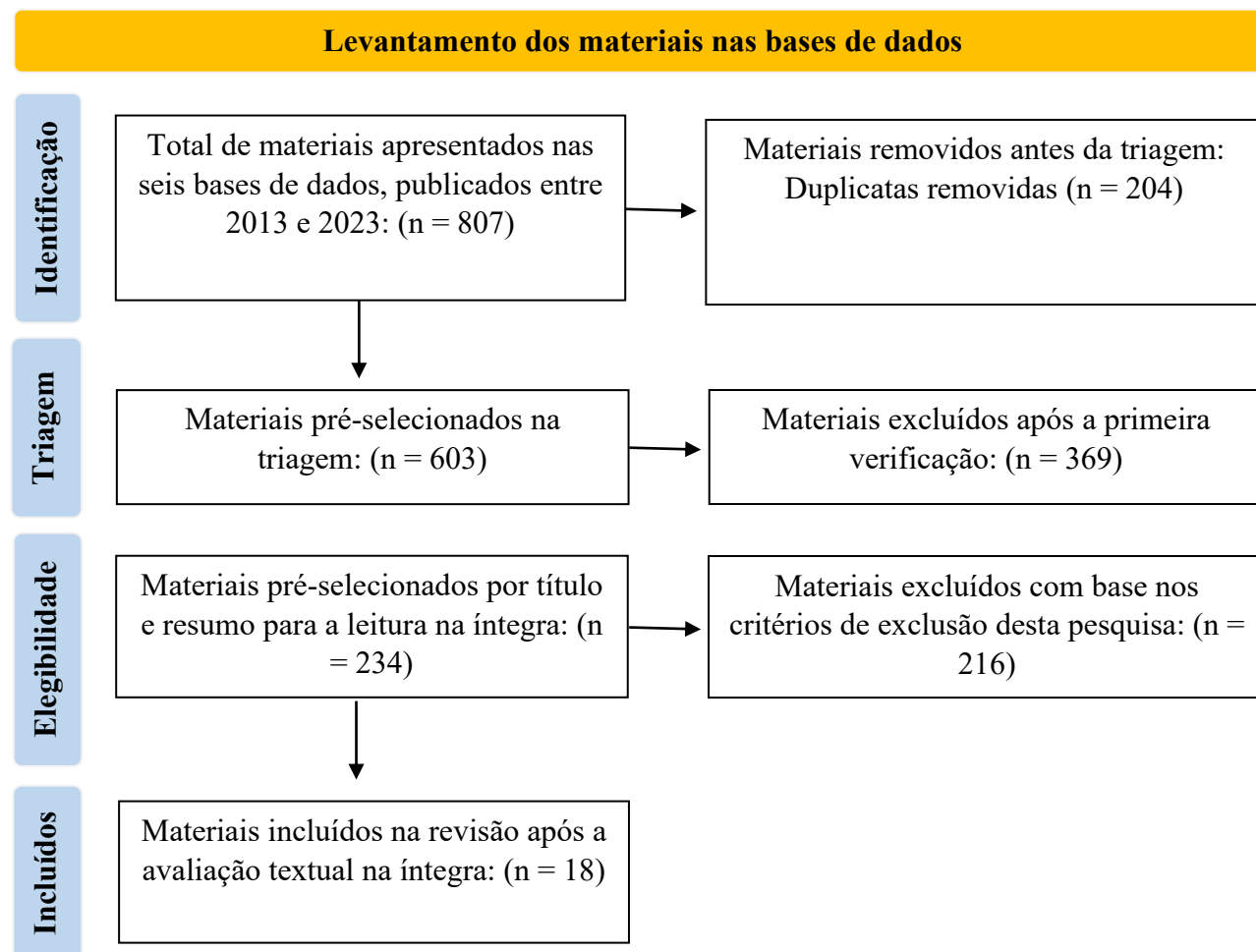
Nessa RI, foi seguida a iniciativa PRISMA *Extension For Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽²⁴⁾, sendo o processo de seleção dos estudos apresentado nos resultados. Para a síntese dos achados, um quadro com as principais características dos estudos foi elaborado, objetivando apresentar uma visão geral de todo o material. Além da apresentação numérica dos resultados, uma descrição temática foi organizada e apresentada.

Atendendo às normas regulamentadoras de pesquisa e à Lei dos Direitos Autorais número 9.610 de 19 de fevereiro de 1998⁽²⁵⁾, todos os dados identificados na literatura foram devidamente referenciados com respeito ao rigor ético e à propriedade intelectual.

RESULTADOS

A amostra desta RI resultou em 19 materiais. Todo o processo de seleção, baseado no PRISMA-ScR, consta na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da RI baseado no PRISMA *Extension For Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). Porto Alegre, 2025.



Fonte: as autoras, 2025.

Dos estudos selecionados, quatro foram publicados na Austrália, três nos Estados Unidos da América, dois na Turquia, dois na Itália e nos demais países foram um artigo cada um (Quadro 2). Destes, 13 eram quantitativos e 6 eram qualitativos.

Prevaleceu o idioma inglês nos materiais incluídos. Todos abordam sobre os efeitos do

parto aquático na saúde materna e neonatal no âmbito hospitalar. Não foram encontrados estudos que tratassem do parto aquático no PDP, ainda que este cenário também fizesse parte do escopo da presente RI. Também não foram identificadas pesquisas brasileiras nas bases de dados investigadas. No Quadro 2, é apresentada a caracterização dos materiais incluídos.

Quadro 2 – Codificação e caracterização dos materiais segundo autor(es), título, objetivo(s), tipo de estudo/método, editora/periódico e país de origem, e ano de publicação. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2025.

Código e Autor(es)	Título	Objetivo (s)	Tipo/Método	Editora/Periódico e País de Origem	Ano de Publicação
A1 LIM, K. et al. (26)	<i>A comparative study between the pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician led unit in Singapore.</i>	Avaliar se a imersão em água durante o parto está associada ao aumento das taxas de resultados maternos e fetais adversos em comparação com partos vaginais convencionais.	Estudo de coorte, analisando mulheres que deram à luz debaixo d'água em hospital universitário nacional, entre 2010 e 2013.	<i>Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.</i> Singapura.	2016
A2 KAVOSI, Z. et al. (27)	<i>A Comparison of Mothers' Quality of Life (QV) after Normal Vaginal, Cesarean, and Water Birth Deliveries.</i>	Avaliar e comparar a qualidade de vida (QV) pós-parto, após cesariana (CS), parto vaginal normal (PNV) e parto na água.	Estudo descritivo, analítico e transversal, que foi realizado em puérperas encaminhadas para centros de saúde urbanos e dois hospitais públicos em 2012-2013 em Shiraz, Irã. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e análise de variância unidirecional (ANOVA) no SPSS, versão 18.	<i>International Journal of Community Based Nursing and Midwifery.</i> Irã.	2015
A3 COOPER, M. et al. (28)	<i>A critical analysis of Australian policies and guidelines for water immersion during labour and birth.</i>	Determinar como as políticas e/ou diretrizes de imersão em água são informadas, e até que ponto estas facilitam a opção pelo trabalho de parto e nascimento.	Primeira fase de um estudo trifásico de métodos mistos, que analisou criticamente 25 políticas/diretrizes australianas de imersão em água utilizando análise crítica do discurso.	<i>Women and Birth.</i> Australia.	2017
A4 SEED, E. et al. (29)	<i>A prospective cohort study comparing neonatal outcomes of waterbirth and land birth in an Australian tertiary maternity unit.</i>	Investigar os resultados maternos e neonatais após a imersão em água no primeiro estágio do trabalho de parto e/ou parto na água em comparação com o parto fora da água.	Um estudo de coorte prospectivo foi realizado em uma maternidade pública australiana, entre 2019 e 2020. Foram estudados os resultados maternos e neonatais de 1.665 mulheres que tiveram parto vaginal.	<i>Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.</i> Australia.	2022

A5 MENAKAYA, U. et al. ⁽³⁰⁾	<i>A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia.</i>	Descrever os resultados maternos e neonatais associados ao parto na água entre mulheres em trabalho de parto consideradas de baixo risco para complicações obstétricas e comparar esses resultados com mulheres de risco semelhante que tiveram um nascimento fora d'água padrão.	Uma auditoria retrospectiva e comparativa de mulheres que deram à luz na água com um corte correspondente, que nasceram no hospital de Bankstown, durante um período de 10 anos (2000– 2009).	<i>Women and Birth.</i> Australia.	2013
A6 HARPER, B. ⁽³¹⁾	<i>Birth, bath, and beyond: the science and safety of water immersion during labor and birth.</i>	Explicar a fisiologia do recém-nascido e os mecanismos de proteção que impedem os bebês de respirarem durante o parto na água.	Este artigo revisa a literatura, de forma retrospectiva, sobre parto na água.	<i>The Journal of Perinatal Education.</i> Estados Unidos da América.	2014
A7 BURNS, E. et al. ⁽³²⁾	<i>Developing and evaluating an online learning tool to improve Midwives' accuracy of visual estimation of blood loss during waterbirth: An experimental study.</i>	O objetivo principal foi testar a eficácia de uma ferramenta de aprendizagem online para melhorar a precisão das <i>Midwives</i> nas estimativas de perda de sangue em um ambiente de piscina de parto.	Estudo experimental com <i>Midwives</i> que tinham experiência em cuidar de gestantes.	<i>Midwifery.</i> Reino Unido.	2019
A8 MAUDE, R.M.; KIM, M. ⁽³³⁾	<i>Getting into the water: A prospective observational study of water immersion for labour and birth at a New Zealand District Health Board (DHB).</i>	Descrever as características maternas, eventos intraparto, intervenções e resultados neonatais de mulheres que usaram água, durante o trabalho de parto e nascimento no Conselho Distrital de Saúde, na Nova Zelândia.	Este artigo apresenta os resultados de um estudo observacional prospectivo de mulheres que usaram a imersão em água para o trabalho de parto e nascimento em três maternidades, a partir de fevereiro de 2009 até março de 2014.	<i>BMC Pregnancy and Childbirth.</i> Nova Zelândia.	2020
A9	<i>Labouring</i>	Descrever e	Estudo	<i>BMC</i>	2014

HENDERSON, J. et al. ⁽³⁴⁾	<i>women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study.</i>	comparar características maternas, eventos intraparto, intervenções, resultados maternos e neonatais para todas as mulheres que usaram uma piscina de parto.	observacional, prospectivo, feito em 19 unidades obstétricas italianas, entre 2002-2005. Estatísticas descritivas foram calculadas e comparados usando Chi estatísticas quadradas e dados contínuos por testes t.	<i>Pregnancy and Childbirth.</i> Itália.	
A10 ULFSDOTTIR, H. et al. ⁽³⁵⁾	<i>Management of the active second stage of labor in waterbirths compared with conventional births - a prospective cohort study.</i>	Descrever como as <i>Midwives</i> gerem a segunda fase ativa do trabalho de parto nos partos na água em comparação com os partos convencionais e comparar os resultados entre os dois grupos.	Um estudo de coorte prospectivo, baseado em 323 mulheres que deram à luz em três clínicas na Suécia, entre dezembro de 2015 e maio de 2019.	<i>Midwifery.</i> Suécia.	2022
A11 UCCELLA, S. et al. ⁽³⁶⁾	<i>Neonatal Outcomes of Water Delivery versus Land Delivery: A Retrospective Prospective Weighted Study.</i>	Contribuir para as evidências disponíveis sobre os resultados maternos e neonatais associados ao fornecimento de água.	Estudo de coorte retrospectivo, a partir de dados de registro de nascimento recolhidos prospectivamente de 2015 a 2019. O método de probabilidade inversa de ponderação de tratamento (IPTW) foi aplicado para abordar fatores de confusão.	<i>American Journal of Perinatology.</i> Itália.	2023
A12 LEWIS, L. et al. ⁽³⁷⁾	<i>Obstetric and neonatal outcomes for women intending to use immersion in water for labour and birth in Western Australia (2015-2016): A retrospective audit of clinical outcomes.</i>	Avaliar os resultados obstétricos e neonatais de mulheres que pretendem usar imersão em água durante o trabalho de parto ou nascimento.	Auditoria retrospectiva de resultados clínicos para mulheres que pretendem ter o trabalho de parto ou parir na água, realizada entre julho de 2015 e junho de 2016, em um centro terciário de maternidade, na Austrália Ocidental.	<i>Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.</i> Austrália.	2018
A13 BASHAIKH, S.M.; MAHBOUB, F.A.; ORABI, A. ⁽³⁸⁾	<i>Perception and knowledge of Saudi women about water birth: A cross sectional study.</i>	Avaliar a percepção e o conhecimento das mulheres sauditas sobre o parto na água.	Um estudo transversal foi realizado com 388 mulheres sauditas. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário online que incluía quatro seções: características	<i>Belitung Nursing Journal.</i> Arábia Saudita.	2022

sociodemográficas, história obstétrica, percepção e conhecimento sobre o parto na água. Estatísticas descritivas e estatísticas inferenciais (Qui Quadrado, Exato de Fisher e testes t) foram utilizadas para análise dos dados.

A14 CAMARGO, J. et al. ⁽³⁹⁾	<i>Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non water births: a cross-sectional study.</i>	Descrever os resultados perineais de mulheres que tiveram parto na água e fora da água.	Estudo transversal e quantitativo, desenvolvido em um hospital público de Setúbal, Portugal. A população foi de mulheres que participaram do "Projeto Parto na Água", no período de 2011 a 2014, que deram à luz na água e fora da água. Os dados foram analisados no software Stata(r), com estatística descritiva e bivariada (Qui quadrado e teste de Fisher).	Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. Portugal.	2019
A15 YORGANCI, A. et al. ⁽⁴⁰⁾	<i>The effects of water immersion during first stage of labor on postpartum systemic inflammatory response.</i>	Determinar os efeitos da imersão em água durante a primeira fase do trabalho de parto nos índices inflamatórios sistêmicos no período pós-parto.	Neste estudo retrospectivo, 125 mulheres múltiparas saudáveis que optaram pela imersão em água durante a primeira fase do trabalho de parto foram comparadas com mulheres múltiparas a termo sem complicações que tiveram partos vaginais convencionais fora d'água.	Thieme. Turquia.	2021
A16 WEAVER, MH. ⁽¹⁸⁾	<i>Water birth in the hospital setting.</i>	Disponibilizar informações para profissionais, para subsidiar orientações e decisões informadas sobre o parto aquático.	Recomendações para profissionais.	<i>Nursing for Women's Health.</i> Estados Unidos da América.	2014
A17 SERT, U.Y. et al. ⁽⁴¹⁾	<i>Water Immersion During the Labour and Effects on Oxidative</i>	Investigar níveis séricos maternos tiol/dissulfeto no soro materno e os	Estudo prospectivo, randomizado e controlado. Sessenta e quatro gestantes foram	<i>Fetal and Pediatric Pathology.</i> Turquia.	2020

Stress. níveis de albumina modificada pela isquemia (IMA) de mulheres que permaneceram submersas durante o trabalho de parto.

incluídas.

A18		Apresentar a combinação de princípios fisiológicos gerais e recomendações práticas específicas para facilitar a segurança durante o parto na água.	Análise integrativa com 38 estudos revisados por pares.	<i>Journal of Midwifery & Women's Health Resources for Clinicians.</i>	2014
NUTTER, E.; SHAW BATTISTA, J; MAROWITZ, A. ⁽⁴²⁾	<i>Waterbirth fundamentals for clinicians.</i>			Estados Unidos da América.	

DISCUSSÃO

Indicações e contraindicações para o parto aquático

O parto aquático é indicado para situações específicas e envolve os seguintes critérios de elegibilidade: gestação de risco habitual; gestação única >37 semanas; apresentação fetal cefálica; líquido amniótico claro; e rastreamento da frequência cardíaca fetal normal. Em circunstâncias com presença de mecônio, o trabalho de parto pode ocorrer na banheira, porém, é necessário que a expulsão do bebê seja fora do ambiente aquático⁽¹⁸⁾.

O parto na água é contraindicado nas situações de: trabalho de parto prematuro (<37 semanas gestacionais); infecções maternas transmissíveis (hepatite e sífilis); restrição grave do crescimento intrauterino; febre materna; sangramento vaginal excessivo; rastreamento indeterminado da frequência cardíaca fetal e condições que requerem monitoramento intraparto rigoroso (pré-eclâmpsia grave e

diabetes); suspeita de macrosomia com história de distocia de ombros (é possível realizar o trabalho de parto na banheira/piscina, porém, faz-se necessário o nascimento fora dela); duas cesarianas ou mais anteriores; má apresentação fetal; e nascimentos múltiplos^(18,26).

Crítérios e práticas para a oferta do parto aquático

O parto aquático pode ocorrer em piscina ou banheira, sendo ideal que elas sejam grandes ou suficiente para permitir que a pessoa que pare adote qualquer posição. Além disso, a sua profundidade deve favorecer a imersão completa, mas, não excessivamente grande, pois isso exige muito tempo para encher e esvaziar⁽¹⁹⁾.

De acordo com Michel Odent, uma piscina redonda, com cerca de 2 metros de diâmetro, e com uma profundidade de 70 centímetros é o modelo perfeito. As cores

predominantes devem ser levadas em conta, considerando que a luz azul promove uma atmosfera aquática⁽¹⁹⁾.

A imersão em água pode ocorrer ao longo de todo o trabalho de parto e no pós-parto sem complicações. Durante o trabalho de parto, a temperatura da água deve estar por volta de 37°C e a permanência materna no ambiente aquático não pode ser muito longa, pois o relaxamento pode tornar-se prejudicial à vitalidade fetal e circulação materno-fetal, causando esforço e sobrecarga desnecessários para a mãe e o feto⁽⁴³⁾.

Para Enning⁽⁴³⁾ o ideal é que o abdome materno fique coberto pela água, tendo a banheira/piscina, no mínimo, 50 cm de altura. Na água, o assoalho pélvico e as paredes vaginais oferecem relativamente pouca resistência, pois promove o aumento da elasticidade dos tecidos. Quatro artigos (A1, A5, A9 e A12) recomendaram que o nível da água deve estar na linha das mamas e axilas. Até o momento, não há evidências científicas de que diferentes graus de imersão ou a quantidade de mobilidade possível dentro da banheira/piscina afetem os resultados materno-neonatais⁽⁴⁴⁾.

Sabe-se que a temperatura da água é um fator importante no cuidado para a imersão durante o trabalho de parto e a literatura científica apresenta uma variedade de temperaturas adequadas, o único consenso é que a temperatura da água não deve ultrapassar 38°C, devido ao risco de hipertermia fetal causada por temperaturas maternas elevadas, que poderiam resultar em dilatação vascular cerebral

e aumento do consumo de oxigênio, levando à hipóxia fetal⁽⁴²⁾.

Os dados sobre o uso da imersão em água no trabalho de parto e nascimento são limitados, mas a maioria dos cientistas sugere a temperatura ideal entre 36 e 37,5°C, aparecendo em dez artigos (A1, A5, A6, A8, A11, A14, A15, A16, A17, A18). Esta temperatura é considerada ideal para evitar hipertermia e o risco de respiração prematura no momento do parto subaquático⁽⁴⁵⁾. Apenas um manuscrito (A8) abordou sobre a temperatura da água na hora que a participante saiu da banheira, que variou entre 24°C e 42°C, mantendo uma média de 36,7°C⁽³³⁾.

O *guideline* intitulado *Labour and/or Birth Using Water*, do King Edward Memorial Hospital⁽⁴⁶⁾, do governo da Austrália, indica que a imersão em água em banheira/piscina durante o primeiro estágio do trabalho de parto diminui a necessidade de medicamentos para alívio da dor, tornando a experiência mais agradável para quem pare. Existem as denominadas “banheiras de canto”, que proporcionam uma maior facilidade para mudar de posição no trabalho de parto. Estas são muito utilizadas principalmente na Europa, onde existe uma infraestrutura para o parto aquático em clínicas⁽³⁵⁾.

Há controvérsias em relação à limpeza da água. Em um estudo de coorte, realizado em Singapura, a higienização foi mantida durante todo o trabalho de parto, realizando a remoção de material fecal (com peneiras) e com trocas de água. Os profissionais utilizaram uma luva longa

e estéril como equipamento de proteção individual (EPI)⁽²⁶⁾.

Apenas três artigos selecionados (A1, A5 e A12) explicaram sobre a higiene da piscina e, estes, incentivam a sair da banheira para urinar. Apenas água da torneira comum deve ser utilizada para encher a piscina/banheira, sem a adição de substâncias (como óleos essenciais, por exemplo)⁽³⁷⁾.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde brasileiro, aponta que nenhum dos referenciais consultados para a realização do parto na água, abordaram medidas específicas de assepsia e higiene, incluindo a banheira⁽¹⁵⁾.

Em duas pesquisas (A1 e A12), o recém-nascido foi imediatamente trazido à superfície da água após o parto e, em casos de comprometimento fetal ou materno, as mulheres foram imediatamente retiradas do ambiente aquático e atendidas de acordo com o protocolo de segurança^(26,37). Essa maneira de assistir ao parto aquático demonstrou uma transição mais suave para o recém-nascido e, diante disso, foi defendido que ela deve ser oferecida para parturientes de risco habitual⁽²⁶⁾.

Em relação ao monitoramento dos sinais vitais maternos, as pesquisas apresentaram como consenso a frequência de 15-30 minutos. Cinco artigos (A1, A11, A15, A16 e A18) defenderam a aferição de sinais vitais maternos e, também, fetais por meio de cardiotocografia (CTG). Neste caso, a CTG pode ser realizada em um intervalo de 30 minutos na primeira fase do trabalho de

parto e, após cada contração ou, por pelo menos a cada 5 a 15 minutos.

Na segunda fase do trabalho de parto, utiliza-se um sonar doppler à prova d'água ou unidade de telemetria. Caso haja alterações na frequência cardíaca fetal, mudanças na posição materna e ressuscitação intrauterina na água podem ser aplicadas^(18,40,42).

Cinco artigos (A8, A9, A11, A12 e A14) analisaram a dilatação cervical na entrada da piscina/banheira. A maioria das participantes apresentou uma dilatação de 5 cm e foi unânime a entrada com dilatação cervical maior ou igual a 4 cm. Uma pesquisa que objetivou descrever as características maternas no parto aquático, não encontrou relação entre a dilatação cervical na entrada da piscina e a duração do trabalho de parto. Cabe considerar o cuidado individualizado no parto aquático para definir o momento de entrada na banheira ou piscina⁽³⁴⁾.

Após o nascimento do bebê, a banheira/piscina deve ser esvaziada e higienizada, inclusive as mangueiras utilizadas. O momento da saída da placenta e das membranas amnióticas (dequitação ou secundamento) ocorre fora da banheira, a fim de evitar possíveis riscos de embolia hídrica e para permitir uma avaliação adequada da perda de sangue. Após o expulsivo, a pessoa pode também sair da banheira com o bebê ainda ligado pelo cordão umbilical e, posteriormente, vivenciar o nascimento da placenta fora da água⁽³⁰⁾.

A teoria fisiológica sustenta que o neonato deve nascer completamente submerso,

sem exposição a temperaturas mais frias e ao ar, até que o rosto seja trazido à superfície da água. No parto aquático, o neonato deve ser gentilmente direcionado à superfície em um intervalo de 5 a 10 segundos. A cabeça exposta deve ser seca para minimizar a perda de calor e deve ser implementado o contato pele-a-pele imediato⁽¹²⁾.

Existem relatos de infecção neonatal com *Legionella pneumophila* e *Pseudomonas aeruginosa* quando ocorridos desvios dos protocolos estabelecidos para o parto na água ou o uso de água impura⁽²⁹⁾. Desse modo, a qualidade da água pode ser considerada um fator significativo na oferta deste tipo de assistência.

Possíveis desfechos do parto aquático

O parto é um processo fisiológico e multidimensional que envolve aspectos físicos, psíquicos e culturais. Uma pesquisa científica comprovou que as mulheres que vivenciaram um parto na água tiveram os maiores escores médios totais de qualidade de vida, comparando com as puérperas que tiveram parto vaginal fora do ambiente aquático e cesárea⁽²⁷⁾.

Os desafios para a prática do parto aquático incluem o risco de aspiração neonatal, possível afogamento, prolapso do cordão umbilical e taxas potencialmente aumentadas de infecções maternas e neonatais. Comumente, neste tipo de parto a presença da(o) Enfermeira(o) Obstetra ou Obstetriz é fundamental, reforçando o papel materno de autonomia e poder de escolha⁽²⁸⁾.

Estudos apontam que a pessoa que pare deve sair da piscina/banheira durante a terceira fase do trabalho de parto (dequitação ou secundamento), devido às dificuldades de estimar a perda de sangue. Outros, demonstraram a diminuição da perda sanguínea no parto aquático, resultante do relaxamento muscular e de uma melhor circulação sanguínea^(32,36). Diante de tal ambiguidade, mais uma vez salientamos a importância de se considerar o cuidado individualizado no parto aquático, levando em conta as condições maternas, fetais, familiares e institucionais.

No pós-parto, pode-se escolher entre dois métodos: 1) o método da água morna, que conservará a placenta funcionando ainda por algum tempo, porém, a mãe deve sair da água para expulsar a placenta fora da banheira, com o objetivo de evitar-se que a água e germes entrem na corrente sanguínea⁽¹⁷⁾.

A água morna induz vasodilatação local, causa aumento do metabolismo tecidual regional, da temperatura do tecido, da velocidade de condução nervosa e o relaxamento muscular; o conforto reduz a ansiedade e diminui a produção de hormônios relacionados ao estresse, como a catecolamina e noradrenalina; 2) o método de Tscharkowskij (da água fria), que a temperatura fica em torno de 30°C, possuindo o efeito de contrair as paredes dos vasos e, assim, reduzir muito o risco de hemorragia pós-parto⁽¹⁷⁾.

De fato, as pesquisas científicas utilizadas neste estudo, demonstram que a imersão em água morna e o parto na água resultam em maior satisfação materna com a

experiência parturitiva, justamente pela pessoa que pare possuir um maior senso de controle durante o processo parturitivo.

Uma revisão sistemática da Cochrane demonstrou que as características hidrotermais da água podem oferecer proteção contra grandes traumas perineais⁽³⁰⁾. Já questões como risco de infecção para mãe e bebê, inalação de água pelo neonato e as evidências limitadas sobre como gerenciar o terceiro estágio do trabalho de parto na água continuam sendo preocupações importantes para os oponentes do parto aquático.

A literatura demonstra que existem diversos mecanismos que impedem que o bebê inspire ou engasgue enquanto ainda está submerso na água. Quando o bebê faz a transição da circulação fetal para a circulação pós-natal, um dos principais fatores que estimulam a respiração é a influência da gravidade, que atua uniformemente no rosto e estimula as inervações do nervo trigêmeo (quinto nervo craniano) ao redor do nariz e da boca. Para iniciar a mudança da circulação fetal para a do recém-nascido, os seres humanos requerem tanto uma força gravitacional quanto a presença de moléculas de oxigênio e dióxido de carbono⁽⁴⁷⁾.

O fisiologista e pesquisador da Universidade de Oxford, Paul Johnson, afirma que a presença de líquido nos espaços alveolares dos pulmões durante o período pré-natal seria um dos vários fatores inibidores que previnem o bebê de engasgar ou respirar quando brevemente exposto à água durante um parto aquático⁽²⁸⁾.

O risco de infecção durante o parto aquático é um dos fatores mais preocupantes do processo. Rosenthal estava notavelmente à frente de seu tempo ao enfatizar que "a solução para a poluição é a diluição". Ele estudou a técnica de diluição da água que se mostrou efetiva ao diminuir a exposição a potenciais bactérias prejudiciais. Já foi esclarecido que todo bebê necessita do contato com os microrganismos presentes na vagina e no reto da mãe para desenvolver uma proteção microbiana (microbiota pessoal) adequada⁽⁴⁷⁾.

Estudos que investigaram a presença de *Streptococcus* do grupo B em recém-nascidos em meio aquático mostraram uma tendência de menor colonização bacteriana em bebês nascidos na água em comparação com os nascidos fora dela⁽⁴⁷⁾. Logo, tal preocupação de danos ao bebê por contaminação se ameniza e pode-se focar nos potenciais benefícios do parto aquático para a saúde materna e da criança.

Pessoas com resultados positivos para o *Streptococcus* do grupo B e aquelas cujas membranas amnióticas estão rompidas há mais de 18 horas podem fazer uso da imersão em água durante o trabalho de parto e parto, desde que sigam o regime de antibiótico recomendado⁽³⁷⁾. Em três artigos (A6, A12 e A17), foram apresentados resultados sobre a incidência de infecções neonatais, revelando relatos de infecção por *Legionella pneumophila* e *Pseudomonas aeruginosa*, decorrentes de desvios dos protocolos estabelecidos para o parto na água ou do uso de água impura. No que se refere especificamente à água utilizada, não

foram identificadas taxas aumentadas de infecção, tanto maternas quanto neonatais.

A implementação de políticas de controle de infecção é essencial em todos os locais onde ocorrem partos, para prevenir a incidência de infecções graves. Considerando a utilização de piscinas e equipamentos de parto de uso múltiplo, o aspecto fundamental para evitar infecções e contaminação cruzada é a adoção de itens descartáveis ou facilmente laváveis⁽³¹⁾.

Outro fator importante no processo parturitivo é a perda de volume de sangue. Este valor é bem variável de pessoa para pessoa nas primeiras 24 horas após o parto. A avaliação visual da quantidade e velocidade de perda sanguínea oferece um ponto de partida para o monitoramento inicial do bem-estar materno.

Durante a gestação, o volume sanguíneo circulante aumenta para aproximadamente 100 ml/kg do peso da pessoa que gesta. Atualmente, estão sendo desenvolvidas ferramentas cada vez mais tecnológicas para medir a perda de sangue. Isso inclui simulações clínicas que utilizam quantidades conhecidas de sangue aplicadas a objetos, permitindo uma comparação precisa entre a medição gravimétrica da perda sanguínea e as estimativas visuais. No entanto, essa abordagem enfrenta desafios devido à natureza imprecisa da medição, já que se trata de uma ciência inexata⁽³²⁾.

Apesar de ser um desafio essa mensuração no nascimento em meio aquático, de maneira complementar, os profissionais podem examinar a pessoa em busca de indícios e sintomas de choque, como sensação de desmaio

ou vertigem, palidez e pele úmida, pressão arterial baixa, além do aumento da frequência cardíaca e respiratória⁽⁴⁸⁾. Além da avaliação clínica, recomenda-se a utilização do índice de choque como parâmetro adicional para a identificação precoce de instabilidade hemodinâmica. O índice de choque, calculado pela razão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica, tem se mostrado uma medida simples, sensível e mais segura para detectar sinais iniciais de choque hemorrágico, inclusive em contextos obstétricos. Valores elevados sugerem piora da perfusão e possibilidade de deterioração clínica, permitindo que profissionais adotem intervenções oportunas, especialmente em situações em que a mensuração direta de perda sanguínea é dificultada, como no nascimento em meio aquático.

No que tange ao risco de emergência obstétrica, com base no estudo de Stefano Uccella e colaboradores⁽³⁶⁾, inferiu-se que a diferença de temperatura e de pressão osmótica ao redor do cordão umbilical durante o trabalho de parto em imersão na água pode estar relacionada à ocorrência de prolapso de cordão.

O cordão umbilical, quando exposto à água a 37 °C, pode fisiologicamente evitar a vasoconstrição causada por temperaturas mais baixas, a qual normalmente levaria à oclusão fisiológica dos vasos umbilicais. Isso, por sua vez, pode impactar negativamente sua resistência, aumentando a probabilidade de prolapso⁽³⁶⁾.

Na assistência ao parto aquático é importante considerar que os opioides sistêmicos possuem o potencial de suprimir o reflexo de mergulho fetal, aumentando o risco de aspiração de água pelo feto, portanto, não é aconselhável o uso deles neste ambiente de nascimento⁽¹²⁾.

Quanto ao bem-estar, a flutuabilidade da água proporciona uma sensação de leveza para a pessoa que pare, permitindo-lhe movimentar-se com maior facilidade em comparação com o ambiente terrestre⁽⁴⁰⁾.

Vale salientar que durante a pandemia da Covid-19 a prática de parto na água foi desaconselhada por existir um risco de transmitir o vírus para o bebê ou para a *Midwife* durante o trabalho de parto, pelas fezes infectadas e sangue materno, ao atingirem e contaminarem a água na piscina/banheira⁽⁴⁹⁾. Na época, era recomendado que parturientes saíssem da água para a avaliação fetal e que o nascimento não acontecesse dentro da água.

Em síntese, os materiais levantados nas bases de dados e aqueles que sustentaram a presente discussão apresentam experiências e recomendações relacionadas a equipamentos para a oferta do parto aquático, a necessidade de controle da temperatura da água, o monitoramento materno e fetal para a prevenção de danos, a assistência individualizada e práticas de higiene com foco na prevenção de infecções maternas e neonatais.

No Brasil, o parto aquático não é uma prática padronizada no ambiente hospitalar. Ele ocorre mais frequentemente no PDP, ofertado principalmente por Enfermeiras Obstetras e

Obstetizes⁽³⁾. Por isso, é fundamental conhecer critérios e recomendações para a garantia da qualidade e segurança da assistência materna e infantil.

Apesar de não terem sido identificados nas bases de dados materiais que abordassem sobre o parto aquático no domicílio, muitas das recomendações encontradas podem guiar o atendimento de Enfermeiras e Obstetizes que atendem ao PDP e ao parto hospitalar. Tal resultado também revela a necessidade de se realizar uma pesquisa com foco nos partos que ocorrem em ambientes extra-hospitalares. Estudos também demonstram uma clara necessidade de mais informações e educação sobre esse tipo de parto por parte da sociedade⁽³⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão apontou que a literatura científica se concentra na abordagem do parto aquático em ambientes hospitalares, já que não foram encontradas publicações sobre a realização dessa prática em contextos de parto domiciliar planejado.

Em determinados países, como Reino Unido e Austrália, o parto aquático se encontra integrado à rotina assistencial, com a presença de banheiras ou piscinas de parto devidamente instaladas em instituições hospitalares.

No que se refere às práticas internacionais relacionadas ao parto aquático e sua operacionalização, identificadas na presente revisão, observa-se consenso quanto a aspectos

fundamentais da assistência: manutenção da higiene adequada das piscinas/banheiras e dos equipamentos utilizados; controle da temperatura da água em torno de 37 °C; monitoramento contínuo dos sinais vitais maternos e da vitalidade fetal; submersão da parturiente até a altura das mamas; garantia de água limpa, com manejo adequado dos fluidos corporais eliminados durante o trabalho de parto ou troca da água, quando necessário; estímulo à livre movimentação e liberdade postural dentro da piscina/banheira; e atenção cuidadosa ao período de dequitação placentária, com vistas à prevenção de complicações hemorrágicas.

No Brasil, a prática do parto aquático é pouco presente no Sistema Único de Saúde, sendo, portanto, mais frequentemente divulgada em redes sociais e plataformas digitais no contexto domiciliar, geralmente realizada por equipes privadas. Esse cenário, contudo, contrasta com a escassez de diretrizes nacionais, protocolos institucionais e evidências científicas produzidas no país sobre a segurança, os critérios de elegibilidade e a operacionalização dessa modalidade de cuidado.

Diante disso, torna-se imprescindível o desenvolvimento de pesquisas que aprofundem o entendimento sobre o parto aquático em diferentes contextos assistenciais, contribuindo para qualificar a prática, orientar profissionais e subsidiar a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. A ausência de produções científicas nacionais representa um entrave para a atuação segura e qualificada dos profissionais que prestam assistência, podendo

comprometer a implementação adequada e segura dessa modalidade de parto.

Entende-se que as recomendações internacionais apresentadas nesta pesquisa podem ser aplicadas tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares. No entanto, ressalta-se a importância do desenvolvimento de estudos específicos sobre o parto aquático em domicílio no contexto brasileiro, de modo a ampliar a compreensão sobre suas particularidades e avaliar os desfechos maternos e neonatais associados a essa modalidade de assistência.

REFERÊNCIAS

1. American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, National Association of Certified Professional Midwives. Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement. *J Midwifery Womens Health*. 2012 Sep;57(5):529-32. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00218.x
2. Maternity Care Working Party. Making normal birth a reality: consensus statement from the Maternity Care Working Party: our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth [Internet]. London: National Childbirth Trust; Royal College of Midwives; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2007 [citado 2022 Set 23]. Disponível em: https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/normal_birth_consensus.pdf
3. Mata JAL. Enfermagem obstétrica no parto domiciliar planejado: responsabilidade legal e organização do serviço. In: Morais SCR, Souza KV, Duarte ED, organizadoras. PROENF: Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 75-125. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 4).

4. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Parecer Técnico nº 001/2016. Atuação de Enfermeiro Obstétrico que assiste ao parto domiciliar e critérios para cadastramento para fins de emissão e preenchimento de Declaração de Nascido Vivo [Internet]. Curitiba: COREN-PR; 2016 [citado 2024 Ago 16]. Disponível em: https://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_16-001-Atuacao_enfermeiro_obstetrico_parto_domiciliar_declaracao_nascido_vivo.pdf
5. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Parecer Técnico COREN/SC nº 023/CT/2016. Parto domiciliar planejado [Internet]. Florianópolis: COREN-SC; 2016 [citado 2024 ago 16]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-DomiciliarPlanejado.pdf>
6. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend to give birth at home compared with women of low obstetrical risk who intend hospital birth: systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2019 Sep;14:59–70. doi:10.1016/j.eclinm.2019.07.005
7. Santos LM, Mata JAL, Vaccari A, Sanfelice CFO. Trajectories of obstetric nurses in the care of planned home childbirth: oral history. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200185. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200185.
8. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2024 Ago 16]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
9. Carpenter J, Burns E, Smith L. Factors associated with normal physiologic birth for women who labor in water: a secondary analysis of a prospective observational study. *J Midwifery Womens Health*. 2022;67(1):13-20. doi:10.1111/jmwh.13315
10. Shaw-Battista J. Systematic review of hydrotherapy research. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017 Oct;31(4):303-16. doi:10.1097/JPN.0000000000000260
11. Liu Y, Li S, Tang Y, Wang L, Zhang W. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May;14:160. doi:10.1186/1471-2393-14-160
12. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *J Midwifery Womens Health*. 2014 May;59(3):286-319. doi:10.1111/jmwh.12194
13. Burns EE, Boulton MG, Cluett E, Cornelius VR, Smith LA. Characteristics, interventions, and outcomes of women who used a birthing pool: a prospective observational study. *Birth*. 2012 Sep;39(3):192-202. doi:10.1111/j.1523-536X.2012.00548.x
14. Feeley C, Cooper M, Burns E. A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *J Adv Nurs*. 2021 Jul;77(7):2942-56. doi:10.1111/jan.14720
15. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: protocolo, relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2024 Ago 16]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
16. Benfield RD. Hydrotherapy in labor. *J Nurs Scholarsh*. 2002;34(4):347-52. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00347.x.
17. Mackey MM. Use of water in labor and birth. *Clin Obstet Gynecol*. 2001 Dec;44(4):733-49. doi: 10.1097/00003081-200112000-00011
18. Weaver MH. Water birth in the hospital setting. *Nurs Womens Health*. 2014 Oct;18(5):365-9. doi:10.1111/1751-486X.12144
19. Odent M. Água e sexualidade: a importância do parto ecológico. [S.l.]: [s.n.];

1991. 153 p.
20. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug free option. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2018 Oct;10(4):1118-22. doi:10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1118-1122
21. Mendes KDS, Silveira RCPC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez;17(4):758-64. doi:10.1590/S0104-07072008000400018
22. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gest Soc*. 2011;5(11):121-36. doi:10.21171/ges.v5i11.1220
23. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews [Internet]. Adelaide: JBI; 2015 [citado 2022 Out 16]. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI.Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
24. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467-73. doi:10.7326/M18-0850
25. Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. *Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência*. 1998 fev 19;62:1-7.
26. Lim KMX, Tong PSY, Chong YS. A comparative study between the pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician-led unit in Singapore. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016 Jun;55(3):363-7. doi:10.1016/j.tjog.2016.03.003
27. Kavosi Z, Keshtkaran A, Setoodehzadeh F, Kasraeian M, Khammarnia M, Eslahi M. A comparison of mothers' quality of life after normal vaginal, cesarean, and water birth deliveries. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015 Jul;3(3):198-204. PMID: 26171408; PMCID: PMC4495327. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495327/>
28. Cooper M, McCutcheon H, Warland J. A critical analysis of Australian policies and guidelines for water immersion during labour and birth. *Women Birth*. 2017 Oct;30(5):431-41. doi:10.1016/j.wombi.2017.04.001
29. Seed E, Kearney L, Weaver E, Ryan EG, Nugent R. A prospective cohort study comparing neonatal outcomes of waterbirth and land birth in an Australian tertiary maternity unit. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2023 Feb;63(1):59-65. doi:10.1111/ajo.13555
30. Menakaya U, Albayati S, Vella E, Fenwick J, Angstetra D. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women Birth*. 2013 Jun;26(2):114-8. doi:10.1016/j.wombi.2012.06.003
31. Harper B. Birth, bath, and beyond: the science and safety of water immersion during labor and birth. *J Perinat Educ*. 2014;23(3):124-34. doi:10.1891/1058-1243.23.3.124
32. Burns EE, Hunter L, Rodd Z, MacLeod M, Smith L. Developing and evaluating an online learning tool to improve midwives' accuracy of visual estimation of blood loss during waterbirth: an experimental study. *Midwifery*. 2019 Jan;68:65-73. doi:10.1016/j.midw.2018.10.004
33. Maude RM, Kim M. Getting into the water: a prospective observational study of water immersion for labour and birth at a New Zealand District Health Board. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May;20(1):312. doi:10.1186/s12884-020-03007-6
34. Henderson J, Burns E, Regalia AL, Casarico G, Boulton MG, Smith L. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jan;14:17.

doi:10.1186/1471-2393-14-17

35. Ulfsdottir H, Saltvedt S, Edqvist M, Georgsson S. Management of the active second stage of labor in waterbirths compared with conventional births: a prospective cohort study. *Midwifery*. 2022 Apr;107:103283. doi:10.1016/j.midw.2022.103283.

36. Uccella S, Manzoni P, Militello MA, Bosco M, Porcari I, Lanzo G, et al. Neonatal outcomes of water delivery versus land delivery: a retrospective propensity score weighted study. *Am J Perinatol*. 2023 May;40(10):1140-6. doi:10.1055/s-0043-1768961.

37. Lewis L, Hauck YL, Butt J, Hornbuckle J. Obstetric and neonatal outcomes for women intending to use immersion in water for labour and birth in Western Australia (2015–2016): a retrospective audit of clinical outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018 Oct;58(5):539-47. doi:10.1111/ajo.12758

38. Bashaikh S, Mahboub F, Orabi A. Perception and knowledge of Saudi women about water birth: a cross-sectional study. *Belitung Nurs J*. 2022;8(5):422-30. doi:10.33546/bnj.2185

39. Camargo JCS, Varela V, Ferreira FM, Chofakian CBN, Osava RH, Araújo NM, et al. Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non-water births: a cross-sectional study. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2019;19(4):777-86. doi:10.1590/1806-93042019000400003

40. Yorgancı A, Büyük GN, Akyol M, Gündüz Ö, Seven B, Engin-Ustun Y. The effects of water immersion during first stage of labor on postpartum systemic inflammatory response. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2021;225(3):251-6. doi:10.1055/a-1370-0620

41. Sert UY, Ozel S, Neselioglu S, Erel O, Ustun YE. Water immersion during labour and effects on oxidative stress. *Fetal Pediatr Pathol*. 2020;39(3):185-93. doi:10.1080/15513815.2019.1651801

42. Nutter E, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth fundamentals for clinicians. *J*

Midwifery Womens Health. 2014 May;59(3):350-4. doi:10.1111/jmwh.12193

43. Enning C. *Aqua-midwifery & Aqua-obstetrics*. Stuttgart: Sonntag Verlag; 2003.

44. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):CD000111. doi:10.1002/14651858.CD000111.pub3

45. The American College of Nurse-Midwives. Hydrotherapy during labor and birth: position statement [Internet]. Silver Spring (MD): ACNM; 2014 Apr [citado 2022 Set 17]. Disponível em: <https://www.midwife.org/acnm/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000286/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>

46. Women and Newborn Health Service. Labour and/or birth using water. King Edward Memorial Hospital. Government of Western Australia, North Metropolitan Health Service, Women and Newborn Health Service; 2009 [revised 2016 Oct; citado 2022 Set 17]. Disponível em: <https://www.wnhs.health.wa.gov.au>

47. Zanetti-Dällenbach RA, Tschudin S, Zhong XZ, Holzgreve W, Lapaire O, Hösli I. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007 Jan;134(1):37-43. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.09.012

48. Paterson-Brown S, Howell C, eds. *Managing obstetric emergencies and trauma: the MOET course manual*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. doi:10.1017/CBO9781316666043

49. Ross-Davie M, Brodrick A, Randall W, et al. Labour and birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021 Oct;76:3-17. doi:10.1016/j.bpobgyn.2021.03.011

Fomento e Agradecimento:

Não existem financiamentos externos para essa pesquisa. Os custos são assumidos pelos autores.



Declaração de disponibilidade de dados

Não foram gerados bancos de dados neste estudo. As informações apresentadas estão descritas no corpo do artigo.

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

Critérios de autoria (contribuições dos autores)**Autora 1 – Isabelle Souza Chies.**

Contribuições:

Coleta dos dados; Metodologia; Análise formal; Escrita do rascunho.

Autora 2 – Júnia Aparecida Laia da Mata

Contribuições:

Administração do projeto de pesquisa; Orientação do projeto de pesquisa; Metodologia; Curadoria dos dados; Análise formal; Escrita – revisão e edição.

Autora 3 – Clara Fróes de Oliveira Sanfelice.

Contribuições:

Curadoria dos dados; Escrita - revisão do manuscrito.

Autora 4- Gabriela Pagano.

Contribuições:

Curadoria dos dados; Escrita do rascunho.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>