



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Centros de Parto Normal: Modelos de Cuidados
Centrados na Mulher e Impacto nos Cuidados Materno-
Infantis**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL**

Maria Del Mar Frias Valle

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CENTROS DE PARTO NORMAL:
MODELOS DE CUIDADOS CENTRADOS NA
MULHER E IMPACTO NOS CUIDADOS
MATERNO-INFANTIS

Desenvolvimento de Competências
Especializadas na Área de Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
orientado pela Professora Doutora Sónia
Brandão

Autora: Maria del Mar Frías Valle
Porto, 2025

“Todas as mulheres têm direito a uma experiência de parto positiva que inclua: respeito e dignidade, a presença de um acompanhante à sua escolha e uma comunicação eficaz por parte da equipa de maternidade.”

(Organização Mundial da Saúde, 2018)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que inspiraram o meu percurso e que, com a sua força e resiliência, me mostraram o verdadeiro significado da maternidade.

Agradecimento

À minha família e amigos que me incentivaram ao longo dos anos do curso, compreenderam a minha longa ausência e tornaram possível que eu pudesse viver esta experiência, com todos os recursos e de todas as formas possíveis. Às docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESEP, em especial à Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pelos ensinamentos, ajuda, paciência e pelo impacto que teve na minha formação académica e à Professora Doutora Sónia Brandão, minha orientadora, pela disponibilidade, paciência e pelo acompanhamento dedicado ao longo deste relatório. O meu reconhecimento estende-se a todas as professoras e tutoras com quem tive contacto durante os estágios, cujo contributo foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Às minhas colegas de curso, pela amizade, paciência, carinho, escuta e apoio constante. Ao país de Portugal, por me permitir realizar o meu sonho e sentir-me realizada profissionalmente e, em especial, à cidade do Porto, pela amabilidade e hospitalidade das suas gentes. À ESEP, pelas facilidades e apoio prestados para que este percurso fosse possível. Agradeço às mulheres, famílias e bebés que depositaram sua confiança no meu trabalho, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional. Foi um verdadeiro presente poder fazer parte de uma das etapas mais importantes, desafiantes e bonitas da vida das pessoas. Por fim, registo meu reconhecimento pessoal pelo empenho e pela resiliência demonstrados ao longo do processo. Apesar das adversidades, mantive a dedicação e considero que cada etapa contribuiu significativamente para os resultados alcançados.

RESUMO

Este relatório de estágio de natureza profissional, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2023–2025), tem como objetivo analisar criticamente o processo de aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com o Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. O estágio decorreu em três áreas nucleares de intervenção, Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, e Puerpério e Parentalidade, permitindo integrar teoria e prática clínica supervisionada, desenvolver raciocínio clínico e consolidar competências na vigilância da gravidez de baixo e alto risco, na assistência ao trabalho de parto e parto, na adaptação ao puerpério, na promoção do aleitamento materno e no apoio à transição para a parentalidade. O relatório inclui quatro casos clínicos representativos destas áreas, que evidenciam a tomada de decisão fundamentada, a integração da evidência científica e a aplicação dos padrões de qualidade da prática especializada. Complementarmente, apresenta-se uma Revisão Integrativa da Literatura sobre os Centros de Parto Normal, que analisa o impacto deste modelo de cuidados centrados na mulher nos resultados maternos e neonatais, na experiência da grávida e do acompanhante, e nas implicações para a prática do EEESMO. Em síntese, este relatório reflete um percurso de aprendizagem que favoreceu a aquisição de competências clínicas, científicas e relacionais, contribuindo para a construção da identidade profissional enquanto EEESMO. A articulação entre prática supervisionada, análise crítica e investigação reforça a relevância da prática baseada na evidência e da humanização dos cuidados como pilares da saúde materna e obstétrica contemporânea.

Palavras-chave: Centros de Parto Normal; Cuidados centrados na mulher; Humanização do parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica; Resultados materno-infantis.

ABSTRACT

This professional internship report, developed within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing (2023–2025), aims to critically analyse the process of acquiring the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, in accordance with Regulation No. 391/2019 of the Portuguese Nurses Association. The internship took place in three core areas of interventivo, Pregnancy with Complications, Labour and Birth, and Puerperium and Parenthood, enabling the integration of theory and supervised clinical practice, the development of clinical reasoning, and the consolidation of skills in the surveillance of low- and high-risk pregnancies, assistance during labour and birth, adaptation to the puerperium, promotion of breastfeeding, and support for the transition to parenthood. The report includes four clinical cases representing these areas, which highlight evidence-based decision-making, the integration of scientific evidence, and the application of quality standards in specialised practice. In addition, it presents an Integrative Literature Review on Birth Centres, analysing the impact of this woman-centred care model on maternal and neonatal outcomes, the experience of women and their partners, and the implications for the practice of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. In summary, this report reflects a learning process that enhanced the acquisition of clinical, scientific, and relational competencies, contributing to the construction of professional identity as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO). The articulation between supervised practice, critical analysis, and research reinforces the relevance of evidence-based practice and the humanization of care as pillars of contemporary maternal and obstetric health.

Keywords: Birth Centres; Woman-centred care; Humanisation of childbirth; Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing; Maternal and neonatal outcomes.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists
- AMU – Alongside Midwifery Unit (Unidade liderada por enfermeiras dentro de hospital)
- APA – American Psychological Association
- APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto
- CEQ2 – Childbirth Experience Questionnaire 2 (Questionário de Experiência do Parto, versão 2)
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso
- CPN – Centro de Parto Normal
- CTG – Cardiotocografia
- CUB – Comfortable Upright Birth Support
- DG – Diabetes Gestacional
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ECTS – European Credit Transfer System
- EEESIP – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
- FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

- FMU – Freestanding Midwifery Unit (Unidade liderada por enfermeiras fora do hospital)
- FOBS – Fear of Birth Scale (Escala de Medo do Parto)
- GoBP-PP – Guia de Boas Práticas: Preparação para o Parto
- GoBP-AP – Guia de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade
- GoBP-AM – Guia de Boas Práticas: Aleitamento Materno
- HBPM – Heparina de Baixo Peso Molecular
- HPP – Hemorragia Pós-Parto
- HPV – Vírus do Papiloma Humano
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- MLBC – Midwife-Led Birth Centre (Centro de Parto liderado por Enfermeiras Obstetras)
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde / World Health Organization
- OPAS/OPS – Organização Pan-Americana da Saúde
- PBE – Prática Baseada na Evidência
- PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- RCT – Randomized Controlled Trial (Ensaio Clínico Randomizado)
- RN – Recém-nascido
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SU – Serviço de Urgência

- UC – Unidade Curricular
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UIGO – Unidade Intermédia de Ginecologia e Obstetrícia
- ULS – Unidades Locais de Saúde
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- VAS-OCE – Visual Analogue Scale – Overall Childbirth Experience (Escala Visual Analógica da Experiência Global do Parto)

Índice

INTRODUÇÃO	1
CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	3
2.1. Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Gravidez com Complicações ..	4
2.2. Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Trabalho de Parto e Parto	6
2.3. Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Pós-Parto e Parentalidade	7
CONCEÇÃO DE CUIDADOS	9
3.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto	10
3.1.1. Um Parto Humanizado e Guiado pela Intimidade	11
3.1.2. Para além da presença: quando a confiança acompanha	25
3.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pós-natal	37
3.2.1. Autonomia materna no puerpério em modelo familiar não convencional: respeitar a voz da mãe	38
3.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pré-natal na gravidez com complicações	48
3.3.1. A 35 semanas: cuidar para prevenir, respeitar para humanizar	49
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	60
4.1. Objetivos da Revisão Integrativa	62
4.2. Metodologia	63
4.3. Resultados	68
4.4. Síntese da revisão	72
4.4.1. Integração contextual	75
4.4.2. Padrões europeus para Unidades de EEESMO	76
4.4.3. Enquadramento português: papel do/da EEESMO e qualidade dos cuidados.	78
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	80
SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	82

BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	95
ANEXO I – Tabela de Análise dos Estudos Incluídos	95
ANEXO II – Síntese dos Artigos Científicos Revistos	97
ANEXO III – Tabelas de Caracterização dos Estudos Incluídos	103
ANEXO IV – Instrumentos Mencionados	109

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Esta UC anual corresponde a 45 ECTS, equivalentes a uma carga de trabalho total estimada de 1260 horas, das quais 800 horas correspondem a estágio clínico e 30 a orientação tutorial, e integra um percurso formativo estruturado em três módulos distintos: bloco de partos, internamento de puerpério e internamento de grávidas/medicina materno fetal. Estes contextos proporcionaram contacto direto com a mulher, o recém-nascido e a família em diferentes fases do ciclo reprodutivo, possibilitando o desenvolvimento progressivo de competências essenciais à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). No que diz respeito às competências profissionais, o relatório articula-se com os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que definem as competências comuns e específicas do EEESMO. As competências comuns incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento da aprendizagem profissional. As competências específicas incluem a vigilância da gravidez normal e com complicações, a assistência ao trabalho de parto e parto, os cuidados especializados ao recém-nascido e puérpera, a promoção do aleitamento materno, a saúde sexual e reprodutiva, o climatério, o planeamento familiar e o acompanhamento ao longo do ciclo vital da mulher. Todos os ensinamentos clínicos decorreram sob orientação de EEESMOs, garantindo supervisão especializada e possibilitando a aquisição progressiva de autonomia. Este enquadramento permitiu mobilizar conhecimentos teóricos e adequá-los às necessidades individuais das mulheres e famílias, sempre numa perspetiva de cuidado centrado na mulher. No âmbito do desenvolvimento de competências de investigação, a escolha do tema da revisão integrativa surgiu de um interesse que começou a ser despertado logo no primeiro ano do mestrado, nas aulas teóricas, foram-nos apresentados

diversos recursos pedagógicos que evidenciavam o impacto do ambiente físico no parto, incluindo a audição de sons característicos de uma sala de partos tradicional e a observação comparativa de imagens de uma sala de Centro de Parto Normal e uma sala hospitalar convencional. Estas experiências despertaram uma consciência crítica acerca da influência que o espaço exerce na vivência do parto. Posteriormente, nas primeiras práticas clínicas realizadas na bloco de partos, tive a oportunidade de experienciar em primeira mão a atmosfera de um ambiente altamente medicalizado, o que reforçou a pertinência do tema e a necessidade de aprofundar conhecimento sobre modelos alternativos. Assim, consolidou-se o interesse em investigar os Centros de Parto Normal como modelo de cuidados centrados na mulher, procurando compreender de que forma estes contextos podem promover melhores resultados clínicos e experiências mais positivas, enquanto valorizam a prática autónoma do EEESMO.

Foram delineados como objetivos desta unidade curricular: 1. A promoção da responsabilização pessoal na construção do percurso formativo e profissional, numa lógica de aprendizagem ao longo da vida e de desenvolvimento progressivo de autonomia; 2. A identificação de diagnósticos e a implementação de intervenções de enfermagem especializadas, centradas nas necessidades da mulher durante a gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e na adaptação ao recém-nascido saudável ou de risco; 3. A consolidação da capacidade de resolução de problemas em contexto de equipas multidisciplinares; a mobilização sistemática da evidência científica para sustentar a tomada de decisão clínica; 4. A valorização de uma consciência profissional clara acerca do papel do EEESMO na articulação entre ciência, ética e humanização dos cuidados; 5. A elaboração do presente relatório e a sua discussão constituem um exercício reflexivo e crítico que evidencia as competências adquiridas, as dificuldades ultrapassadas e os contributos deste percurso formativo para a construção da identidade profissional especializada.

Do ponto de vista organizacional, o relatório está estruturado em três partes complementares, que se articulam entre si e refletem as dimensões essenciais do percurso formativo. A primeira parte centra-se na conceção de cuidados, através da análise crítica de quatro casos clínicos acompanhados durante os estágios, representativos das áreas nucleares de intervenção do EEESMO, gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, e puerpério. Estes casos foram descritos e analisados de forma crítica e reflexiva, à luz da evidência científica mais recente e dos referenciais normativos nacionais e internacionais. Esta abordagem permitiu mobilizar conhecimentos teóricos e ajustá-los às necessidades individuais das mulheres e famílias, sempre numa perspetiva de cuidado centrado na mulher. A segunda parte corresponde à revisão integrativa da literatura, dedicada ao aprofundamento do tema “Centros de Parto Normal”. A escolha deste tema surgiu pela sua relevância atual e pela ligação direta à prática observada durante o estágio, constituindo também uma oportunidade de desenvolvimento de competências de investigação. Nesta secção são descritos os métodos de pesquisa utilizados, os critérios de inclusão e exclusão definidos e a síntese dos principais resultados encontrados, discutindo as suas implicações para a prática do EEESMO. Por fim, a terceira parte apresenta uma reflexão crítica sobre o percurso formativo e o impacto do estágio no desenvolvimento pessoal, académico e profissional. São evidenciados os ganhos em saúde e as competências adquiridas, bem como os objetivos alcançados e os desafios enfrentados, destacando ainda as estratégias utilizadas para os superar. Esta reflexão enfatiza, sobretudo, a consolidação da identidade profissional enquanto EEESMO e os compromissos assumidos para o futuro exercício especializado.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O estágio de natureza profissional decorreu entre 16 de setembro de 2024 e 2 de julho de 2025, em serviços do Serviço Nacional de Saúde, possibilitando a consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) em diversos contextos de prática clínica. A diversidade de contextos teve como objetivo assegurar uma formação abrangente, contemplando os cuidados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério, conforme definido no Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

Assim, este capítulo apresenta uma breve contextualização dos locais onde decorreram os diferentes estágios.

A experiência clínica, predominantemente hospitalar, foi fundamental para desenvolver competências técnicas e relacionais na vigilância da gravidez com complicações, na assistência ao trabalho de parto e parto e no acompanhamento do puerpério imediato e tardio. O contacto com equipas multidisciplinares distintas permitiu compreender a complexidade dos cuidados em saúde materna, exercitar a capacidade de tomada de decisão em contextos diversos e reconhecer a importância da articulação entre profissionais.

O bloco de partos do hospital onde realizei o estágio é responsável por um volume significativo de nascimentos anuais, proporcionando cuidados especializados na monitorização da gravidez de baixo e de alto risco, bem como na assistência ao parto e vigilância neonatal. A equipa multidisciplinar integra EEESMOs, médicos obstetras, neonatologistas, anestesiológicos, enfermeiros generalistas e assistentes operacionais. O papel do EEESMO centra-se na vigilância da gravidez de baixo risco, na assistência ao parto eutócico e na promoção da fisiologia do nascimento, em conformidade com o Regulamento n.º 127/2011 da Ordem dos Enfermeiros, garantindo cuidados seguros,

humanizados e sustentados na melhor evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De forma complementar, a passagem por um contexto comunitário possibilitou uma visão mais próxima e preventiva dos cuidados, promovendo a saúde materna e neonatal numa lógica de continuidade de cuidados. Esta unidade distingue-se pela aposta em programas de preparação para o parto e parentalidade, visitas domiciliárias no pós-parto e acompanhamento no período de transição para a parentalidade. A atuação do EEESMO neste contexto privilegia a promoção da saúde, o apoio emocional, a educação parental e a vigilância clínica, favorecendo a continuidade de cuidados e a articulação com o hospital. Estas intervenções estão em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (PQCEESMO), que preconizam cuidados centrados na mulher e sustentados na melhor evidência disponível (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No conjunto, esta diversidade de ambientes contribuiu para o desenvolvimento de uma prática especializada, autónoma e responsiva às necessidades da mulher, do recém-nascido e da família, em consonância com o enquadramento legal e profissional vigente.

Ao refletir sobre as experiências clínicas vivenciadas ao longo da minha formação, reconheço que, mais do que o número de situações acompanhadas, foi a sua diversidade e complexidade que marcaram de forma significativa o meu percurso. Sinto-me privilegiada por ter testemunhado situações pouco comuns, como um parto sem a presença de acompanhante junto da mulher, um parto em posição vertical e o nascimento de um bebé no seio de uma família constituída por duas mulheres e um homem. Estas experiências permitiram-me desenvolver não só competências técnicas, mas também capacidades relacionais e emocionais em contextos de elevada exigência.

Durante a minha experiência na Unidade de Cuidados na Comunidade, tive oportunidade de acompanhar mulheres no período pré-natal e pós-parto, incluindo o acompanhamento domiciliário, através de consultas individuais e

sessões de grupo online. Esta modalidade de acompanhamento permitiu que as mulheres e famílias permanecessem no conforto do seu domicílio, beneficiando de cuidados de saúde adaptados às suas necessidades. Esta vivência permitiu-me desenvolver intervenções mais direcionadas e adotar uma abordagem serena, que favoreceu a integração do casal e do seu contexto familiar. A participação no programa de recuperação pós-parto reforçou ainda a importância da criação de grupos de partilha e do contributo da intervenção multidisciplinar.

A diversidade destes contextos clínicos promoveu o desenvolvimento de competências específicas e diferenciadas: no Centro Hospitalar consolidaram-se competências técnicas e clínicas na assistência ao parto; na UCC reforçaram-se as competências de proximidade, acompanhamento familiar e promoção da saúde comunitária. Esta complementaridade contribuiu para uma formação integral e alinhada com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015) e com o Regulamento n.º 391/2019, que regulamenta as competências do EEESMO, assegurando a prática autónoma, responsável e eticamente sustentada.

Segue-se a caracterização detalhada de cada contexto, com as principais atividades, aprendizagens e competências desenvolvidas, cuja diversidade considero ter sido fundamental para o meu crescimento profissional.

2.1. Desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações

O estágio direcionado para a área da gravidez com complicações decorreu entre 14 de março e 2 de junho de 2025, sob a supervisão de uma EEESMO, numa unidade hospitalar dedicada ao acompanhamento de grávidas de risco.

A familiarização com a estrutura do serviço permitiu compreender a importância da organização interna, essencial para uma resposta célere e eficaz

perante complicações, assegurando a identificação precoce de situações de risco e contribuindo para a prevenção de desfechos adversos. A existência de quartos individuais e duplos, de uma unidade intermédia para vigilância mais próxima, de salas destinadas a ecografias e do acesso a cardiotocógrafos demonstra a preparação do serviço para responder a diferentes necessidades clínicas.

Os principais motivos de internamento estavam relacionados com gravidezes acompanhadas de patologia não controlada ou agravada. Situações como ameaça de parto pré-termo, restrição do crescimento intrauterino e placenta prévia exigiam vigilância contínua, repouso e cuidados específicos, numa lógica de prevenção de complicações maiores. O contacto com estas situações permitiu compreender a complexidade da gravidez de risco, em que a mulher vive simultaneamente uma experiência de expectativa pela maternidade e de vulnerabilidade perante a incerteza do prognóstico.

Durante este estágio, tornou-se evidente que o papel do EEESMO vai muito além da dimensão técnica: requer a capacidade de comunicar de forma clara e empática, de apoiar emocionalmente a mulher e o casal, e de envolver a família como parte integrante dos cuidados. A prestação de cuidados incluía desde a monitorização clínica rigorosa até pequenos gestos que ajudavam a reduzir a ansiedade e a aumentar a confiança das grávidas. Foi neste equilíbrio entre competência técnica e apoio humano que compreendi a importância de desenvolver uma prática verdadeiramente centrada na mulher.

A equipa de enfermagem era composta por enfermeiros de cuidados gerais, que asseguravam sobretudo a resposta a mulheres com patologia ginecológica, e por EEESMOs, cuja prática se centrava na gravidez de risco. A complementaridade entre estes grupos profissionais, com responsabilidades distintas, mas interligadas, favorecia a continuidade e a qualidade dos cuidados. Cada turno contava com três EEESMOs e duas enfermeiras de cuidados gerais, garantindo a presença constante de profissionais especializados, capazes de tomar decisões rápidas e fundamentadas.

Esta experiência contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento, permitindo consolidar competências específicas na vigilância e acompanhamento de situações de risco, bem como reforçar a consciência da importância do cuidado global à mulher e ao casal. A gravidez, enquanto evento transformador, pode ser vivida de forma frágil e incerta, cabendo ao EEESMO ajudar a transformá-la numa experiência mais segura, confiante e humanizada, mesmo quando o percurso não decorre como o esperado.

2.2 Desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto

Entre 16 de setembro 2024 e 14 de fevereiro de 2025, decorreu o estágio na bloco de partos, com o objetivo de desenvolver competências específicas na assistência à mulher durante o trabalho de parto e no momento do nascimento.

O bloco encontra-se estruturado de forma a responder às exigências próprias deste serviço, assegurando cuidados individualizados e humanizados. As instalações, recentes e com uma componente hoteleira acolhedora, integram sete salas de parto, todas equipadas com WC privativo e chuveiro. Em cada uma delas é possível recorrer a dispositivos que facilitam o trabalho de parto, como a bola de pilates, o CUB, a lentilha e o banco de parto.

No que respeita ao acompanhamento, o hospital permite a presença de acompanhantes, sempre que as mulheres assim o desejem. Para além das salas de parto, o bloco dispõe ainda de uma enfermaria com seis camas, habitualmente destinadas a processos de indução e a observação. Este espaço localiza-se junto à entrada das urgências obstétricas e ginecológicas, o que garante maior rapidez no acesso das grávidas ao serviço.

A organização física do núcleo é delimitada por dois corredores: um interno, de utilização exclusiva dos profissionais de saúde, e outro externo, acessível a utentes em processo de indução do trabalho de parto ou em

observação clínica. Neste último, promove-se a mobilidade pélvica e a verticalidade, constituindo igualmente um espaço destinado a refeições e a momentos de convívio entre utentes.

Quanto à distribuição dos recursos humanos, verificou-se que em cada turno há uma EEESMO na triagem, uma nas urgências, uma na indução e seis nas salas de parto. A distribuição das profissionais segue um sistema de rotatividade, o que, na minha perspetiva, enriquece a experiência clínica e potencia a aquisição de competências. Nas salas de parto mais procuradas, seja pela localização ou pelas condições físicas, cada EEESMO assume a responsabilidade de acompanhar duas delas. A equipa de saúde é composta por EEESMOs, técnicos auxiliares de saúde, obstetras, anestesistas e pediatras, todos focados em prestar cuidados de qualidade.

O plano de parto tem contribuído para a melhoria da assistência, uma vez que, quando respeitado, promove o empoderamento feminino e a participação ativa e consciente da mulher no seu processo de parto. O papel do EEESMO é essencial na sua divulgação, esclarecimento e implementação, atuando como mediador entre as expectativas da mulher/casal e a equipa de saúde. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2022) propõe a criação de Centros de Parto Normal (CPN) integrados nos serviços de obstetrícia, como estratégia estruturante para consolidar a mudança de paradigma em direção a um modelo centrado na mulher e na família.

Estes centros procuram oferecer um ambiente semelhante ao familiar, com privacidade, conforto e protagonismo feminino, assegurando simultaneamente a segurança dos cuidados e o acesso a recursos tecnológicos sempre que necessário.

2.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do pós-parto e parentalidade

Com o intuito de desenvolver competências no domínio do autocuidado no pós-parto e da parentalidade, realizei o estágio no serviço de puerpério, que decorreu entre 16 de fevereiro e 12 de março de 2025, sob a supervisão de uma EEESMO, no Piso 4 do hospital.

Este serviço distingue-se por proporcionar um ambiente seguro e acolhedor às mulheres e aos recém-nascidos nos primeiros dias após o parto. A equipa de saúde tem como principal objetivo assegurar cuidados integrais que promovam uma parentalidade positiva e consciente.

No que respeita à infraestrutura, o corredor do serviço de puerpério reúne quinze quartos individuais equipados com banheiras próprias para bebés, garantindo às famílias um ambiente privado e confortável. No lado oposto, encontram-se nove quartos duplos, nos quais são utilizadas banheiras portáteis para os primeiros banhos. Cada puérpera dispõe ainda de um berço destinado ao seu bebé, o que favorece a prática do alojamento conjunto.

Para além dos quartos, existe uma sala destinada à observação dos recém-nascidos e à prestação de cuidados específicos, como a aspiração de secreções ou a administração de antibióticos. Neste mesmo espaço, as mães recebem apoio à amamentação, recorrendo a diferentes materiais de auxílio.

A prática do alojamento conjunto revela-se de extrema importância, pois proporciona múltiplos benefícios: reforça os laços afetivos entre mãe e filho; facilita a observação contínua do recém-nascido pela mãe, promovendo um maior conhecimento do seu bebé; incentiva o aleitamento materno de acordo com as necessidades da díade; e reduz o risco de infeções hospitalares (WHO, 2022; WHO & UNICEF, 2018).

A iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”, liderada pela UNICEF e pela OMS, surgiu precisamente para promover práticas baseadas na evidência que

incentivam o aleitamento materno e fortalecem o vínculo saudável entre mãe e filho. O hospital onde decorreu este estágio integra esta rede desde 2009, tendo sido acreditado nesse ano e reavaliado em 2013 e 2017. Entre as medidas implementadas destacam-se: a política de promoção do aleitamento materno; a formação contínua das equipas de saúde; a transmissão de informação às grávidas sobre a importância da amamentação; o incentivo ao início da amamentação na primeira hora de vida; o ensino de técnicas adequadas para manter a lactação; a não oferta de outros líquidos ou alimentos ao recém-nascido além do leite materno; a prática do alojamento conjunto; a amamentação em livre demanda; a não utilização de tetinas e chupetas; e o encaminhamento das mulheres para grupos de apoio à amamentação após a alta hospitalar. Estas práticas, certificadas internacionalmente, alinham-se com os princípios dos CPN, ao privilegiarem o protagonismo da mulher, o apoio contínuo da equipa de saúde e a centralidade da díade mãe bebé nos cuidados.

O período pós-natal é reconhecido pela OMS como uma fase crítica para consolidar práticas de humanização e prevenir complicações (WHO, 2024). Um dos eixos centrais é o aleitamento materno, cujo início precoce e manutenção exclusiva até aos seis meses de vida constituem uma das intervenções mais eficazes para a sobrevivência infantil (UNICEF, 2023; GoBP Aleitamento Materno, 2023). O papel do EEESMO é determinante na promoção, apoio e resolução de dificuldades iniciais, contribuindo para ganhos sustentados em saúde materno-infantil.

Outro aspeto essencial é o vínculo materno-infantil, que contribui para reduzir o stress e a ansiedade materna, aumentar a autoestima, favorecer o bem-estar emocional e promover estabilidade fisiológica no recém-nascido (Figueiredo et al., 2022). Apesar destes benefícios, fatores como uma experiência de parto difícil, o estado físico e psicológico da mãe ou as condições de saúde do bebé podem interferir no estabelecimento dessa ligação. A literatura também evidencia a influência do ambiente físico: quartos que garantem privacidade, contacto pele a pele precoce e envolvimento do acompanhante favorecem o vínculo e a amamentação, reforçando a importância de espaços

concebidos para apoiar a fisiologia (Goldkuhl et al., 2023; Nilvér & Berg, 2023). Em Portugal, o GoBP Parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2023) salienta igualmente que a criação de ambientes facilitadores do contacto pele a pele e a promoção de relações parentais positivas constituem dimensões centrais da intervenção do EEESMO no pós-parto.

Importa ainda destacar as expectativas e a pressão social associadas à maternidade. A idealização de um amor materno imediato, frequentemente valorizada culturalmente, pode gerar sentimentos de inadequação, solidão e culpa quando a experiência real não corresponde ao ideal (Olza et al., 2018). Fadiga, dor não controlada e níveis elevados de stress podem igualmente dificultar o estabelecimento precoce do vínculo. Neste sentido, investigações ibéricas sublinham a necessidade de preparar as mulheres para uma diversidade de experiências emocionais no pós-parto, legitimando vivências que escapam à narrativa hegemónica da maternidade idealizada (Palau-Costafreda, 2025).

O papel do EEESMO, em articulação com as consultas de vigilância pós-parto e os Programas de Saúde Familiar, revela-se central não apenas na prestação de cuidados clínicos, mas também na promoção do bem-estar psicológico e social da mulher e da família. O acompanhamento próximo, a escuta ativa e a disponibilização de informação clara contribuem para a autonomia da mulher, reforçam a parentalidade positiva e permitem a deteção precoce de sinais de sofrimento emocional ou de complicações físicas.

Estas práticas estão alinhadas com o Guia Pós-Parto 2023 da UCC Cuidar, que sublinha a importância do acompanhamento contínuo da mulher e da família, e com o GoBP Aleitamento Materno (2023), que reforça o papel do EEESMO no incentivo ao aleitamento exclusivo até aos seis meses de vida.

3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS

Neste capítulo apresentam-se planos de cuidados fundamentados em casos clínicos selecionados, que integram situações relacionadas com o trabalho de parto em grávidas de baixo risco, o puerpério e a vigilância de uma gravidez com risco acrescido.

O processo de conceção de cuidados, enquanto competência central do/a EEESMO, implica uma avaliação detalhada da condição clínica, psicológica e social da mulher, seguida da formulação de diagnósticos de enfermagem e da implementação de intervenções especializadas. Trata-se de um exercício de raciocínio clínico que conjuga segurança, evidência científica e humanização, num modelo de cuidados centrado na mulher, no recém-nascido e na família.

No contexto dos Centros de Parto Normal (CPN) e das unidades lideradas por EEESMO, este processo assume particular relevância. A literatura analisada nesta revisão sugere que a forma como se organizam os cuidados, desde a definição de critérios de elegibilidade até ao design do espaço físico, influencia de modo decisivo a experiência materna, os resultados neonatais e o envolvimento do/a acompanhante.

Assim, os planos de cuidados aqui apresentados foram concebidos com base em três eixos orientadores:

1. Promoção do parto fisiológico e da autonomia da mulher, reduzindo intervenções desnecessárias.

2. Integração do ambiente físico como parte ativa do cuidado (privacidade, mobilidade, conforto sensorial e envolvimento do/a acompanhante).

3. Valorização da prática profissional do/a EEESMO, reforçando o seu papel autónomo e a articulação com a equipa multidisciplinar.

Cada plano reflete, portanto, não apenas as necessidades clínicas, mas também os determinantes emocionais, sociais e ambientais que emergem da experiência de parto e nascimento. O objetivo final é oferecer um acompanhamento holístico, seguro e humanizado, que maximize o bem-estar da mulher, do bebé e da família, em consonância com a evidência científica europeia mais recente e com os referenciais normativos nacionais.

Todos os nomes utilizados nos casos clínicos são fictícios. Por uma escolha pessoal e simbólica, optei por atribuir-lhes nomes de familiares, como forma de tornar o exercício mais humano e significativo, sem que exista qualquer relação entre essas pessoas e as situações descritas. Esta opção respeita integralmente os princípios de confidencialidade, ética e deontologia profissional definidos pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto.

O trabalho de parto constitui um momento único e determinante na vida da mulher, marcado por intensas transformações físicas, emocionais e relacionais. A atuação do/a EEESMO neste período assume um papel central, garantindo que o processo decorre de forma segura, fisiológica e humanizada. O cuidado é orientado pela valorização da autonomia da mulher e pelo respeito pelas suas escolhas, assegurando intervenções individualizadas que privilegiam o parto normal sempre que possível.

O exercício profissional do/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é regulado pelo Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que define as competências específicas organizadas em domínios e subdomínios. Estas competências articulam-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019), orientando a prática para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na mulher, no recém-nascido e na família.

No domínio 3, Cuidados à Mulher/Família na Gravidez, Trabalho de Parto e Parto, destacam-se as competências que visam a promoção do parto fisiológico, a humanização do processo e o reforço da autonomia da mulher. É neste enquadramento que se fundamenta a análise das experiências clínicas apresentadas nos casos seguintes.

Para orientar esta análise, foram igualmente consideradas as competências específicas definidas no Regulamento n.º 127/2011 da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece o quadro de referência para o exercício do/a EEESMO. Estas competências encontram-se estruturadas em domínios e subdomínios (H1 a H4), que abrangem áreas como a vigilância da gravidez, o acompanhamento do trabalho de parto e parto, o puerpério e a saúde reprodutiva.

No presente relatório, as referências numéricas (ex.: H3.1.1, H3.1.3, H3.2.5) correspondem às subcompetências descritas nesse regulamento, servindo como base para a análise crítica das intervenções realizadas e para evidenciar o desenvolvimento progressivo das competências profissionais ao longo dos estágios.

Esta explicitação visa assegurar a coerência entre os casos clínicos, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2023) e as orientações normativas da Direção-Geral da Saúde, nomeadamente a Orientação n.º 002/2023 sobre os cuidados durante o trabalho de parto.

Entre as competências fundamentais neste contexto, destacam-se: a capacidade de respeitar e operacionalizar o plano de parto previamente definido (competência 3.1.1); a promoção de um ambiente seguro e acolhedor para mãe e bebé (competência 3.1.2); e a utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor, que favorecem o conforto e a autoconfiança materna (competência 3.1.3).

Igualmente relevante é o envolvimento ativo da pessoa significativa, cuja presença contribui para reforçar o sentimento de segurança e bem-estar da parturiente.

Neste capítulo apresentam-se dois casos clínicos que ilustram a aplicação destas competências, demonstrando de que forma o/a EEESMO atua para otimizar a experiência de parto, reduzir intervenções desnecessárias e favorecer a construção de memórias positivas deste momento singular.

3.1.1. Um Parto Humanizado e Guiado pela Intimidade

Ema e Frederico, nomes fictícios, são um casal à espera do primeiro filho, que manifestou o desejo de um parto natural, com o mínimo de intervenções farmacológicas, privilegiando o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

Ambos participaram parcialmente em aulas online de preparação para o parto.

A gravidez de Ema decorreu sem intercorrências, encontrando-se com 40 semanas e 4 dias de gestação no momento do parto. A mulher negou hábitos tóxicos e antecedentes patológicos relevantes.

O facto de ter acedido aos serviços de saúde pública demonstra como o SNS é capaz de garantir cuidados de qualidade, independentemente da condição socioeconómica dos utentes.

Por outro lado, o ambiente do serviço hospitalar de referência, enquanto centro público especializado nas áreas de saúde da mulher, da criança e do adolescente, pode ter influenciado as expectativas e decisões de Ema relativamente ao parto, mesmo num contexto hospitalar que, tradicionalmente, tende a privilegiar práticas mais interventivas.

A confiança demonstrada por Ema no SNS e na equipa de saúde reflete a capacidade destas instituições em proporcionar cuidados humanizados, respeitando as escolhas individuais. Este exemplo evidencia como os Centros de Parto Normal e os serviços públicos podem convergir na promoção de uma assistência ao parto acessível, de qualidade e alinhada com os valores de respeito, autonomia e segurança da mulher

A literatura reforça que a assistência ao parto deve ser centrada na mulher e nos seus desejos, garantindo um ambiente seguro, respeitoso e que favoreça uma experiência positiva (Bohren, Tunçalp & Miller, 2020). A criação de um espaço acolhedor, onde as decisões da parturiente são valorizadas, está em consonância com as recomendações internacionais de qualidade assistencial e contribui para uma vivência materno-infantil mais positiva.

À chegada ao hospital, Ema foi avaliada pela equipa de saúde, apresentando 5 cm de dilatação, colo uterino amolecido, posição intermédia, 80% de extinção, apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge e membranas íntegras, indicando a fase ativa do trabalho de parto.

A experiência também reforçou a relevância de práticas que promovem um impacto positivo nos cuidados materno-infantis, como o contacto pele com pele, o corte tardio do cordão umbilical e o início precoce da amamentação.

A escolha deste caso não se deve apenas ao seu carácter fisiológico e humanizado, mas também à aprendizagem significativa que proporcionou no desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESMO. Acompanhá-lo permitiu-me consolidar competências fundamentais descritas no Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2011), bem como alinhar a minha prática com as orientações da Orientação n.º 002/2023 - Cuidados de Saúde Durante o Trabalho de Parto, emitida pela Direção-Geral da Saúde (2023).

Em primeiro lugar, este caso reforçou a importância de respeitar e promover a autonomia da mulher durante o trabalho de parto, garantindo que as suas escolhas fossem valorizadas e integradas nos cuidados prestados. O parto de Ema demonstrou, na prática, o conceito de empoderamento feminino, possibilitando um ambiente seguro e acolhedor onde as suas preferências foram respeitadas, conforme recomendado no Regulamento n.º 127/2011, nomeadamente na competência H3.1.1, que destaca a necessidade de assegurar um plano de parto que respeite as decisões da mulher.

Além disso, esta experiência permitiu-me desenvolver competências de comunicação eficaz e de construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, não apenas com Ema, mas também com Frederico. O envolvimento ativo do acompanhante revelou-se essencial para uma experiência positiva do parto, reforçando as recomendações da Orientação n.º 002/2023 no que respeita ao apoio contínuo à parturiente (H3.1.4 e H3.3.1). Estudos indicam que as mulheres valorizam a relação de proximidade e confiança com os profissionais de saúde, pois esta aumenta a sua segurança e satisfação com a experiência do parto (Perriman, Davis, & Ferguson, 2018). No caso de Ema, o suporte contínuo

e a escuta ativa dos seus desejos evidenciaram a importância deste modelo de assistência.

O acompanhamento deste parto também contribuiu para o meu aperfeiçoamento na implementação de intervenções não farmacológicas para alívio da dor, promovendo técnicas como a respiração, massagem e mobilidade, conforme preconizado no regulamento (H3.1.3 e H3.2.5). Estas estratégias não só proporcionaram conforto à parturiente, como também fortaleceram a minha capacidade de adaptar os cuidados às necessidades individuais da mulher.

A nível pessoal, este caso marcou-me profundamente. A ligação entre Ema e Frederico era evidente, refletindo um amor genuíno e uma enorme alegria pela chegada do seu filho. A decisão de Ema em não recorrer à analgesia epidural, aliada à sua determinação e serenidade, revelou uma grande convicção e coragem. A sua confiança na equipa de saúde e a forma como ambos participaram ativamente no processo demonstraram um respeito mútuo exemplar.

Por fim, esta vivência teve um impacto significativo no meu crescimento enquanto futura EEESMO, reforçando a minha identidade profissional e o compromisso com práticas baseadas em evidência e centradas na mulher. A coragem e tranquilidade de Ema, aliadas ao apoio incondicional de Frederico, foram uma inspiração, fortalecendo a minha missão de promover partos humanizados, seguros e respeitadores da individualidade de cada família.

Tempo de acompanhamento:

A parturiente deu entrada na sala de partos pelas 22h. **Deu à luz** à 01:00h e foi acompanhada até ser levada para a unidade de pós-parto às 03:30h.

Medicação prescrita:

10 UI de ocitocina administrada em 500 ml de soro fisiológico depois da dequitação¹.

Descrição da Evolução do Parto:

No momento da admissão na sala de partos, Ema entregou o seu plano de parto aos EESMO que a acompanharam durante o turno (o meu tutor e eu). No documento, expressava claramente os seus desejos para o trabalho de parto e parto, priorizando um ambiente tranquilo e respeitoso.

Indicava a preferência por uma iluminação reduzida e um ambiente íntimo, garantindo a presença contínua de Frederico e limitando a assistência apenas aos profissionais indispensáveis. Solicitava ser informada sobre todos os procedimentos antes da sua realização, minimizar os toques vaginais e manter a possibilidade de ingerir líquidos claros ou gelatina ao longo do processo.

Ema planeava recorrer a métodos não farmacológicos para o alívio da dor, considerando a opção de analgesia farmacológica apenas se necessário. Manifestava ainda o desejo de liberdade de movimentos. Relativamente à episiotomia, aceitava-a apenas em caso de estrita necessidade e após comunicação prévia.

¹ Segundo a OMS (2014), o uso de uterotónicos para a prevenção da HPP durante a terceira fase do parto é recomendado para todos os partos. A ocitocina é o fármaco uterotónico recomendado para a prevenção da hemorragia pós-parto.

Por fim, expressava a vontade de realizar contacto pele a pele imediatamente após o nascimento, que o cordão umbilical fosse cortado por Frederico após cessar a pulsação e de iniciar a amamentação o mais precocemente possível.

22h00: Entrada no hospital. Avaliação inicial²: 5 cm de dilatação, contrações regulares a cada 3-5 minutos com duração de 45-60 segundos. Ema foi internada diretamente na sala de partos.

22h10: A preparação do material para a assistência ao parto é um procedimento fundamental para garantir uma abordagem segura e eficaz. Foram reunidos os materiais essenciais, incluindo o kit de parto (campo estéril, bata, clamp do cordão umbilical, duas tesouras, duas pinças, compressas e perneiras) e luvas esterilizadas.

No que diz respeito ao grupo sanguíneo materno, verificou-se que Ema era A Rh positivo, pelo que não foi necessária a colheita de sangue do cordão umbilical. Paralelamente, assegurou-se a disponibilidade do material necessário para os primeiros cuidados neonatais, garantindo que o recém-nascido não fosse separado da mãe durante a Golden Hour³.

Estudos indicam que a implementação de práticas baseadas em evidência na primeira hora após o nascimento proporciona benefícios significativos para a saúde materno infantil, tanto no imediato como a longo prazo. O documento "Além da sobrevivência:

² É recomendado que o exame vaginal digital seja realizado a cada quatro horas para a avaliação de rotina da fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. Deve-se dar prioridade à restrição da frequência e do número total de exames vaginais, especialmente em situações com outros fatores de risco para infeções, como a rotura prolongada das membranas amnióticas ou um trabalho de parto prolongado. A frequência dos exames vaginais pode depender do contexto dos cuidados e do progresso do trabalho de parto, podendo ser necessário realizá-los com mais frequência, dependendo da condição da mãe ou do bebé. Deve-se evitar a realização de exames vaginais pela mesma mulher por múltiplos profissionais de saúde no mesmo período ou em diferentes momentos, uma prática comum em ambientes de ensino (WHO, 2018).

³ O CPP regula e mantém a temperatura corporal do bebé, melhora a estabilidade cardiorrespiratória e a eficácia da primeira amamentação, e contribui para o aumento das taxas de amamentação nos primeiros quatro meses de vida e para uma maior duração dos períodos de amamentação. O CPP está também associado à redução dos episódios de choro e dos sinais de stress no recém-nascido, para além de fortalecer o vínculo afetivo entre a mãe e o bebé. (Luduvica Gomes et al., 2023).

práticas integradas de atenção ao parto para nutrição, saúde e desenvolvimento materno-infantil a longo prazo”, publicado pela OPAS/OMS, destaca três práticas fundamentais a serem aplicadas em conjunto: (1) clampeamento tardio do cordão umbilical, (2) contacto pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido e (3) início precoce do aleitamento materno exclusivo (Luduvise Gomes et al., 2023).

22h30: Início das intervenções não farmacológicas: uso de bola de parto, caminhadas e massagens realizadas por Federico. Ambiente preparado conforme as preferências do casal: luz baixa, música relaxante e atmosfera tranquila.

A decisão de Emma de evitar o uso de analgesia e de medicamentos para acelerar o trabalho de parto está alinhada com estudos que demonstram os benefícios dos partos assistidos por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO). Segundo pesquisas, as mulheres acompanhadas por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica apresentam menores taxas de intervenções médicas e maior satisfação com a experiência do parto, além de um menor risco de complicações associadas a procedimentos invasivos (Declercq, Belanoff, & Sakala, 2020).

23h00: Progresso para 6-7 cm de dilatação. Ruptura das membranas. Líquido amniótico: cor clara, quantidade moderada, odor sui generis.

23h30: Progresso para 8 cm de dilatação. Movimentos pélvicos e mudanças de posição incentivadas, favorecendo o alinhamento fetal e o alívio da dor.

00h00: Dilatação completa. Ema adotou a posição lateral com suporte do meu tutor de práticas e meu, enquanto equipe de enfermeiros especialistas, facilitando o período expulsivo.

01h00: Nascimento do bebê. Peso: 3,200 kg, comprimento: 49 cm, perímetro cefálico: 33 cm, APGAR 9/10/10. Avaliação das condições do bebê: verificámos a coloração da pele, a temperatura corporal, a frequência cardíaca

e respiratória, garantindo uma adaptação neonatal adequada. Todos estes procedimentos são efetuados de forma a promover contacto pele com pele (CPP) imediato⁴.

E depois de informar os pais e pedir autorização, realizamos a profilaxia protocolar no bebé.

Início da amamentação ainda na sala de parto.

01h05: Dequitação. Nenhuma laceração ou necessidade de episiotomia.

01h10: Início da oxitocina. Avaliámos a Ema quanto a sinais de hemorragia, formação do globo de segurança de Pinard⁵ e determinámos a evolução da sua tensão arterial⁶. Tudo correu sem incidentes.

01h15: Foi realizada a avaliação da pega do recém-nascido, confirmando-se que esta era adequada. Após essa verificação, foram prestadas orientações aos pais sobre os principais sinais de alerta a monitorizar, nomeadamente a ocorrência de hemorragia materna e alterações na coloração ou respiração do bebé.

Adicionalmente, foi assegurado que o botão de chamada estivesse acessível e reforçado o pedido para que informassem a equipa caso observassem qualquer alteração. Por fim, garantiu-se um ambiente tranquilo, permitindo que os pais desfrutassem de um momento de intimidade com o seu bebé.

⁴ O parto fisiológico e o contacto pele a pele reduz o risco de hemorragia pós-parto, favorece a ligação entre mãe e filho e amamentação. (Cardoso et al. 2023).

⁵ A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para a identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres. (OMS, 2014)

⁶ Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, tônus uterino, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca (pulso) de rotina durante as primeiras 24 horas, começando na primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. Se normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de 6 horas. A diurese deve ser documentada dentro de 6 horas. (OMS, 2022).

02h15: Avaliar a evolução da eliminação urinária e dos sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, respiração e dor) e que o bebê continua na mama.

03h00: Oferecemos algo para comer (chá e bolachas).

03h20: Após a alimentação, confirmámos a normalidade dos sinais vitais, reavaliámos os sinais de hemorragia (formação do globo de segurança Pinard), confirmámos a primeira micção após o parto e que podia deambular sem problemas e acompanhámo-la à unidade pós-natal.

03h25: Registo e documentação de todos os eventos e observações realizadas durante o processo, incluindo notas sobre a experiência da parturiente e do recém-nascido, assegurando a continuidade dos cuidados no serviço de Puerpério e facilitando a comunicação com a equipa multidisciplinar.

Domínio: Trabalho de parto e parto

Foco de atenção: Conhecimento sobre trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico:

O casal demonstrou grande entusiasmo e união na preparação para o parto. Durante o trabalho de parto, optaram por estratégias de alívio da dor centradas na respiração, no movimento e no apoio mútuo. O apoio de Federico, bem como a validação da sua interpretação do que estava a acontecer, foram fundamentais para acalmar a mente de Ema e fazê-la sentir-se segura.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento de trabalho de parto.

Objetivos:

- Compreender a função da dor no trabalho de parto.
- Compreender as componentes da dor no contexto do trabalho de parto.

- Compreender os mecanismos da resposta à dor durante o trabalho de parto.

Intervenções:

Ensinar sobre dor de trabalho de parto.

Ensinar sobre trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

22h30: Explicar as características da dor no trabalho de parto:

A dor do trabalho de parto não é um sinal de que algo está errado, mas sim um sinal positivo de que o corpo da Ema está a trabalhar como esperado e a preparar-se para trazer o bebé ao mundo.

As contrações têm uma duração de cerca de um minuto e ocorrem em intervalos regulares, com pausas entre elas que permitem recuperar a energia, respirar e relaxar. A intensidade da dor aumenta gradualmente à medida que o trabalho de parto evolui, com as contrações a tornarem-se mais frequentes, mais longas e mais intensas.

Algumas pessoas gostam de descrever as contrações como ondas uterinas: começam suavemente, atingem o pico e depois diminuem, proporcionando um descanso completo antes da próxima onda. Pensar nelas como ondas pode ajudar a encará-las de forma mais positiva e com menos ansiedade.

22h35: Explicar comportamentos esperados no lidar com a dor no trabalho de parto:

Cada mulher reage de forma única à dor do trabalho de parto. Ema pode sentir necessidade de adotar determinados comportamentos para lidar com a dor, como expressões faciais, sons, mudanças de posição, ou até pausas para respirar profundamente. Estes comportamentos são completamente normais e fazem parte do processo.

Por exemplo, ela pode sentir vontade de vocalizar⁷ durante as contrações, mover o corpo de forma instintiva ou experimentar diferentes posturas para encontrar conforto. Frederico também pode desempenhar um papel essencial, proporcionando suporte emocional e físico. É importante reforçar que o corpo da Ema sabe o que fazer, e tanto a equipa como Frederico estão lá para apoiá-la em cada etapa.

22h40: Explicar como é esperado sentir a evolução da dor em função da evolução do trabalho de parto:

No início, a dor tende a ser visceral, semelhante a câibras menstruais, e geralmente é sentida no abdómen e nas costas. À medida que o trabalho de parto avança e o bebé desce pelo canal de parto, a origem da dor muda. Começa a surgir uma sensação de pressão no períneo, no sacro e na parte inferior das costas. Essa sensação pode ser intensa, mas indica que o bebé está mais próximo do nascimento.

00h00: Na fase final, a dor localiza-se no períneo e no abdómen, sendo caracterizada por uma combinação de pressão e distensão. Essa mistura de sensações ativa a vontade involuntária de empurrar, ajudando o corpo a colaborar no nascimento. Ema pode encontrar alívio e conforto ao experimentar posições como cócoras, de lado ou de quatro apoios, que facilitam a descida do bebé.

Nesta fase o desafio de lidar com cada contração de cada vez, deixá-la atuar, e celebrar a pausa – intervalo entre as contrações... é importante encorajar a Ema a pensar da seguinte forma: “mais uma contração para abraçar

⁷ As vibrações envolvem todos os corpos envolvidos, enquanto uma ecografia, que se baseia na visão, objetiva o feto em relação à grávida. Ao contrário da ecografia, as vibrações permitem a aproximação dos corpos da grávida e do feto como entidades relacionais. O etnomusicólogo Taru Tähti estudou o método de canto de parto de Vuori e salienta que, enquanto vocaliza, o cantor toca o seu corpo a partir do interior com a sua voz. Quando os sons vibram e ressoam no nosso corpo, a sensação é extraordinariamente concreta; é como um toque (Leppänen, 2018).

o meu bebé, juntos vamos conseguir”, o que tornará a mulher mais calma e confiante.

Para que o trabalho de parto aconteça é necessário que se reúnam esforços de elementos mecânicos (ossos, músculos e o próprio bebé), hormonais (que faz com que existam, ou não, contrações do útero essenciais para preparar o canal de parto e empurrar o bebé) e a sua mente (pensamentos, emoções e a capacidade de celebrar o seu parto) e comportamentos associados. (Cardoso et al. 2023).

Domínio: Trabalho de parto e parto

Foco de atenção: Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Exemplo possível de uma questão orientadora para o processo de diagnóstico: "Das opções que já experimentaste até agora, qual te ajudou mais a lidar com a dor? Gostaria de tentar outra estratégia diferente?"

Refere interesse em experimentar as diferentes atividades propostas e disponíveis para fazer na sala de partos.

Dados relevantes para caracterizar o contexto:

Frederico demonstrou disponibilidade e envolvimento ativo nas diferentes sugestões apresentadas ao longo do trabalho de parto. Na sala de partos, estavam disponíveis diversos recursos para promoção do conforto materno, incluindo uma casa de banho com chuveiro, bola de pilates, CUB e

lençóis. Embora tivesse essas opções ao seu dispor, Ema optou por não utilizar o chuveiro. Adicionalmente, o ambiente foi personalizado com música escolhida por Ema, reproduzida através do telemóvel de Frederico, contribuindo para um espaço mais acolhedor e confortável.

Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento sobre lidar com a dor do trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.

Objetivos:

- Compreender as componentes da dor e a sua influência na utilização de estratégias não farmacológicas durante o trabalho de parto.
- Compreender os mecanismos da resposta à dor no trabalho de parto, com vista à aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

Intervenções:

Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o efeito esperado na dor de trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

23h45: Explicar a necessidade de lidar com a dor nas suas diferentes componentes:

Para ajudar Ema a lidar com a dor do trabalho de parto nas suas diferentes dimensões, podem ser desenvolvidas as seguintes capacidades:

- Respirações profundas com expiração longa: Inspirar lentamente e expirar de forma prolongada ajuda a relaxar e a controlar a resposta do corpo à dor.

- Vocalização: Emitir sons com a garganta relaxada durante as contrações pode ser útil para liberar tensão.
- Movimentos da bacia: Realizar movimentos circulares ou de básculas da bacia ajuda a aliviar a pressão e a facilitar a descida do bebé.
- Reconhecer a diferença entre tensão e relaxamento: Identificar zonas do corpo que estão tensas e relaxá-las intencionalmente ajuda a reduzir a percepção da dor.
- Relaxamento muscular: Relaxar as áreas contraídas pode dificultar a transmissão dos sinais de dor ao cérebro, utilizando o princípio do controlo do portão (gate control).⁸ (Melzack & Wall, 1965).
- Massagem e música: A combinação de massagens suaves aplicadas por Frederico com música relaxante escolhida por Ema pode ajudar a reduzir a percepção de dor. A massagem promove o relaxamento muscular e a liberação de endorfinas, enquanto a música reduz a ansiedade, melhora o humor e desvia a atenção da dor. (Haseli, Ghiasi, & Hashemzadeh, 2019).
- As massagens abdominais de *effleurage* são uma técnica específica de massagem caracterizada por movimentos suaves, rítmicos e deslizantes sobre a pele, geralmente realizados com as palmas das mãos. No contexto do trabalho de parto, estas massagens são aplicadas na zona abdominal com o objetivo de proporcionar relaxamento e aliviar a percepção da dor. A palavra "effleurage" vem do francês e significa "acariciar" ou "tocar

⁸ A teoria do controlo do portão (gate control) é uma teoria sobre a forma como o corpo processa e regula a sensação de dor. Foi proposta em 1965 por Ronald Melzack e Patrick Wall e continua a ser uma base importante no estudo da gestão da percepção da dor (Lopes & Santos, 2018).

suavemente", refletindo a natureza delicada desta técnica.
(Haseli, Ghiasi, & Hashemzadeh, 2019)⁹.

- Mobilidade durante o trabalho de parto: A mudança de posição e a deambulação favorecem o progresso do trabalho de parto.
- Uso de água: Aplicar calor, massagem ou utilizar o chuveiro com água quente pode ajudar a reduzir a dor e promover o relaxamento.
- Respeitar a fisiologia do trabalho de parto: Incentivar Ema a ouvir o seu corpo e adaptar-se ao ritmo natural do processo.

Para influenciar a percepção central da dor, pode-se:

- Criar motivação e oferecer opções para mudar a percepção da dor.
- Trabalhar ritmos e atitudes durante as contrações e valorizar a importância das pausas entre elas.
- Estimular Ema a ouvir o seu corpo e comunicar o que sente e precisa.
- Promover um ambiente íntimo e acolhedor, como ela mencionou no plano de parto, com pouca iluminação, privacidade e a presença constante de Frederico.

23h50 Explicar efeito esperado de cada estratégia não farmacológica para lidar com a dor:

- Técnicas de respiração: Respirações profundas e focadas ajudam Ema a manter a calma, a gerir a dor e a sentir-se confiante. A

⁹ Parece que as massagens abdominais, ou seja, a massagem do útero, estimulam os pontos focais das contrações uterinas nos cornos uterinos, aumentando o número de contrações e, em última análise, acelerando o trabalho de parto.

combinação de respiração lenta e rítmica com massagens aplicadas por Frederico pode reforçar o efeito calmante.

- Movimento e mobilidade: Caminhar ou usar posições como a de cócoras, apoiada em Frederico ou na cama, pode facilitar a descida do bebé e reduzir a intensidade da dor. Além disso, posições assimétricas e o uso da bola podem ajudar a ajustar a posição do bebé no canal de parto.
- Ambiente da sala de parto: Um ambiente acolhedor, com pouca iluminação e o suporte constante de Frederico, contribui para que Ema se sinta relaxada e segura. A presença de elementos como música suave ou objetos pessoais pode reforçar a sensação de conforto e controlo. Ouvir música durante o trabalho de parto tem um impacto positivo na dor e ansiedade do parto, nos parâmetros materno-fetais e na necessidade de analgésicos.¹⁰ (Simavli, Gumus, & Kaygusuz, 2014).
- Vocalização e relaxamento muscular: Sons suaves durante as contrações e o relaxamento intencional dos músculos tensos ajudam a bloquear os sinais de dor e a evitar o acúmulo de tensão no corpo. (Cardoso et al. 2023).

Domínio: Preparação para o parto

¹⁰ Resultados: As mães do grupo de musicoterapia apresentaram um nível mais baixo de dor e ansiedade em comparação com as do grupo de controlo em todas as fases do trabalho de parto.¹¹ As tecnologias de monitorização fetal influenciam positiva e negativamente as experiências de trabalho de parto das mulheres. Os dispositivos sem fios foram associados à resposta mais positiva, uma vez que permitem uma maior liberdade de movimentos. Conclusão: O design das novas tecnologias de monitorização fetal deve incorporar elementos que promovam a liberdade de movimentos, sejam confortáveis e proporcionem às mulheres uma sensação de escolha e controlo. Os profissionais de saúde devem dar prioridade à implementação de uma monitorização fetal que permita estes elementos. (Murray et al. 2024)

Foco de atenção: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Plano de parto indicando desejo por métodos naturais e posições verticais.

Sem experiência anterior no uso das estratégias, mas interesse e abertura para aprender estratégias facilitadoras.

Sala equipada com cardiotocógrafo *Wireless*, cama obstétrica adaptável e ambiente adequado para liberdade de movimento.

À questão orientadora foi: Para além de não estar deitada na cama, acha que o facto de não ficar deitada ou a gravidade também podem ser proveitosos durante o trabalho de parto? Respondeu que sim, mas gostaria de obter mais informações.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Objetivo:

- Adotar posições corporais que facilitem a progressão do trabalho de parto.

Intervenções:

Instruir e treinar¹¹ posições facilitadoras da descida fetal.

Promover sobre mobilidade/verticalidade durante o trabalho de parto.

¹¹ No âmbito da preparação para o parto, as intervenções dos domínios “instruir” e “treinar” são implementadas sequencialmente, demonstrando como se faz (instruir) e praticamente em simultâneo a grávida e/ou pessoa significativa experienciam (treinar), pelo que serão apresentadas em conjunto.

Instruir e treinar sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

22h30: Demonstrar movimentos pélvicos e posições que aumentem os diâmetros pélvicos.

A mobilidade da pelve é um recurso natural da mulher que pode favorecer a descida fetal. Compreender e aplicar este movimento facilita a progressão do parto. A demonstração de exercícios de alongamento e agachamento permitiu à parturiente experimentar os seus efeitos, tornando a explicação mais compreensível¹².

A minha experiência como professora de dança, aliada à prática de ioga e meditação, facilita a demonstração de exercícios de mobilização pélvica e respiração. Para melhor compreensão das estruturas pélvicas, utilizo termos como “entrada da pelve” (estreito superior) e “saída da pelve” (estreito inferior).

A adaptação da linguagem é essencial (Richards, 2019). Neste caso, recorremos a exemplos do quotidiano para criar maior envolvimento. Ema mostrou particular interesse na bola de parto, recurso utilizado para promover equilíbrio e mobilidade pélvica, reforçando o seu conforto e bem-estar na bloco de partos¹³.

23h00: Explicar benefícios da gravidade e posições verticais para progressão fetal e oxigenação materno-fetal¹⁵ e incentivar posições verticais e

¹² Durante a gravidez, as articulações tornam-se mais relaxadas por ação das hormonas, o que favorece a amplitude destes movimentos. Os exercícios promotores da mobilidade da pelve durante a gravidez promovem o aumento da flexibilidade das articulações pélvicas e favorecem a insinuação e descida da apresentação fetal (Cardoso et al. 2023).

¹³ Sentada ou apoiada na bola, usando o movimento, a gravidade e a postura ereta, facilita a mobilidade da pelve, a descida fetal e é uma fonte de distração através do movimento rítmico e aliviar as dores nas costas e aumentar os efeitos das contrações (Cardoso et al. 2023). ¹⁵ Uma boa literacia em saúde aumenta a autonomia e participação nos cuidados, uma vez que pessoas com maior literacia em saúde conseguem se envolver ativamente no processo de cuidado, tomando decisões mais conscientes e informadas. Além disso, empodera os indivíduos, permitindo que tomem decisões mais informadas e acertadas sobre sua saúde, o que contribui para a prevenção de doenças, a gestão eficaz de condições crónicas e a promoção da saúde (Almeida, 2022).

mobilidade. Ficar de pé ou andar pode proporcionar uma sensação de controlo e ajudar a reduzir as dores nas costas.

Durante as contrações mais intensas, a Ema pode apoiar-se na parede ou no Frederico, inclinando-se ligeiramente para a frente. Também pode colocar um pé numa cadeira ou banco, se isso lhe for confortável. Caso queira experimentar, algumas mulheres gostam de balançar o corpo ao ritmo da sua respiração.

Movimentos da pelve, como inclinar-se para a frente e para trás, realizar movimentos laterais ou mesmo desenhar com a pelve um símbolo de infinito ou círculos, podem ser úteis.

A almofada CUB também esteve sempre presente na sala e tem imagens impressas que me permitem utilizá-las para os ajudar a compreender melhor e a recordar as opções e utilizações que lhes oferece.

23h45: Para promover conforto e facilitar a descida fetal, Ema pode experimentar a posição de cócoras, apoiando-se na cama ou em Frederico, aumentando os diâmetros do canal de parto. Caso sinta desconforto lombar ou necessidade de reposicionar o bebé, a posição de quatro apoios, com básculas da pelve, pode proporcionar alívio.

Outra posição eficaz é o decúbito lateral, com a perna superior fletida e apoiada numa almofada ou perneira. Assimetrias na posição das pernas podem favorecer a descida fetal, sendo importantes para a memória corporal no momento do parto (Calais-Germain & Vives Parés, 2009).

O reforço positivo desempenha um papel essencial no trabalho de parto. Elogiar Ema e Frederico fortalece a confiança e a parceria, promovendo um ambiente de cooperação. Este reconhecimento melhora a motivação, reduz o cansaço e favorece a adaptação às posições sugeridas, contribuindo para um parto mais positivo e humanizado.

Domínio: Trabalho de parto e parto

Foco de atenção: Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Como primigesta, não tem experiência anterior, mas ela está disposta a fazer tudo o que puder para relaxar e reduzir as dores, durante a primeira hora de internamento diz que ainda não tem muitas dores e que, caminhando, usando a bola de pilates ou o CUB e respirando profundamente, consegue aguentar. Eles não têm qualquer problema em utilizar o cateter epidural mais tarde, se necessário, mas a sua ideia é ter um parto sem epidural, para ela é importante utilizar primeiro outras estratégias.

Dados relevantes para caracterizar o contexto:

A sala de partos tem disponível bola de pilates, a almofada de posicionamento ou CUB e chuveiro na casa de banho. A Ema referiu ter pouca informação prévia das diferentes posições e noções básicas da importância do movimento no parto.

Compreender a maneira como a dor é interpretada ajudará a compreender quais intervenções de controlo da dor serão eficazes para a mulher (Cardoso et al. 2023).

A dor de trabalho de parto é uma experiência subjetiva. De facto, a previsão da sua capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto é complexa e multifacetada. Dos resultados dos estudos, compreende-se as implicações benéficas da aceitação da dor, do sentir-se segura e de ter apoio contínuo, como a Ema teve, graças ao acompanhante e à equipa que os atendeu, na capacidade para lidar com a dor. Estes achados são consistentes nos estudos, apesar das diferenças socioeconómicas, culturais e contextuais observadas que sugerem que as experiências de lidar com a dor durante o parto são universais. (Cardoso et al. 2023).

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

Objetivo:

- Reconhecer estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto que poderão ser úteis para si.

Intervenções:

Instruir e treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto.

Instruir e treinar estratégias de relaxamento.

Atividades que concretizam a intervenção:

22h30: Início das intervenções não farmacológicas: uso de bola de parto e do CUB com preferência para a bola de parto, caminhadas pelo quarto e massagens realizadas por Frederico.

Ambiente preparado conforme as preferências do casal: luz baixa, música relaxante com o telemóvel da Ema e atmosfera tranquila.

Proporcionar o treino de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto de modo que a utente possa vivenciar os seus efeitos durante o treino. A própria Ema após experimentar perceberá o que funciona melhor consigo e é capaz de as usar em conjunto, se necessário e lhe fizer sentido.

Experimentou:

- Relaxamento/massagem usando a bola de pilates ou o CUB.
- Relaxamento com música.

- Massagem com música.
- Aplicação de frio. Compressas húmidas no peito e na testa e utilização do saco das luvas para “ventilar”.
- Posicionamentos.

Analisar em conjunto o resultado: “Como te sentes? Como foi este exercício para ti?” Proporcionar experiência da estratégia para lidar com a dor de parto e reflexão sobre o seu efeito: “Após sentir o efeito da respiração profunda com a expiração longa sinto que estou mais relaxada e consigo lidar melhor com a dor, fazê-lo em conjunto com alguém seja o Frederico ou vocês, ajuda-me imenso”.

Proporcionar experiência da estratégia para lidar com a dor de parto e reflexão sobre o seu efeito: “Após sentir o efeito da respiração profunda com a expiração longa sinto que estou mais relaxada e consigo lidar melhor com a dor”.

23h00: Progresso para 6-7 cm de dilatação. Ruptura das membranas. Continua a fazer exercícios com a bola de parto, prefere-a a andar. De forma a manter o material utilizado (neste caso a bola de parto) o mais limpo possível, após a rotura das membranas, foi colocado um absorvente tanto na bola como no chão como medida preventiva para evitar quedas.

A massagem na zona lombar também proporcionou um alívio ao ser feita pelo Frederico.¹⁴

23h30: Progresso para 8 cm de dilatação. Movimentos pélvicos e mudanças de posição incentivadas, favorecendo o alinhamento fetal e o

¹⁴ Numa revisão sistemática da Cochrane foi identificado que a imersão em água, relaxamento, acupuntura e massagem proporcionaram alívio da dor e melhor satisfação com o alívio da dor. A imersão e o relaxamento também proporcionaram maior satisfação com o parto. O relaxamento e a acupuntura diminuíram o uso de fórceps e ventosa. Numa revisão sistemática mais recente, verificou-se que a massagem teve um papel importante na redução da dor do parto e na duração do parto, melhorando a sensação de controlo e a experiência emocional do parto. (Cardoso et al. 2023).

alívio da dor. A sua mobilidade está cada vez mais limitada, a dor é mais intensa e as contrações mais frequentes, preferindo fazer assimetrias na cama.

Durante todo o trabalho de parto, enquanto a Ema usava a bola de parto, o CUB, caminhava ou fazia movimentos pélvicos, uma música relaxante escolhida pelo casal tocava em segundo plano.

00h00: Dilatação completa. Ema adotou a posição lateral¹⁵ com suporte do meu tutor de práticas e meu, enquanto equipe de enfermeiros especialistas, facilitando o período expulsivo. Durante o período de expulsão, decidiram desligar a música.

O Frederico foi muito carinhoso durante todo o parto e deu-lhe a mão durante todo o período expulsivo. A presença do acompanhante, na perspetiva da mulher, garante apoio físico e emocional e, ainda, fortalece a relação familiar. Os acompanhantes são acolhidos pela equipe de saúde, mas, em contrapartida, estes ainda não valorizam a importância da presença daqueles. É preciso refletir sobre o desafio de garantir a presença de acompanhante e a preparação da mulher grávida para o parto humanizado (Moerbeek et al. 2022)¹⁶

A preparação mental e emocional insuficiente, o apoio inadequado, os cuidados prénatais fracos, as deficiências de informação, a atividade física insuficiente e a falta de um plano de parto foram identificadas como barreiras de uma experiência de parto positiva por parte das mulheres. (Alizadeh-Dibazari et al. 2024)

¹⁵ As posições deitadas de lado oferecem vantagens em relação às posições deitadas de costas. São interessantes em todas as fases do trabalho de parto. Podem ser mantidas durante muito tempo. A mulher descansa. As contrações são eficazes e a mulher pode relaxar ao mesmo tempo. (Calais-Germain & Vives Parés, 2009)

¹⁶ Este estudo constatou que a presença do acompanhante durante todo período de internação da mulher no processo de parto traz benefícios significativos para ela, o filho e o próprio acompanhante.

3.1.2: Para além da presença: quando a confiança acompanha

Dana, nome fictício, encontra-se grávida do seu segundo filho e procurou assistência no hospital público localizado no centro do Porto. Esta instituição acolhe diariamente parturientes de diferentes nacionalidades, algumas das quais não dominam o português nem o inglês, o que pode representar um desafio acrescido para a comunicação durante o parto. No caso de Dana, sendo falante nativa de português, a comunicação decorreu de forma clara e eficaz, facilitando a compreensão mútua entre ela e a equipa de saúde.

A gravidez decorreu sem intercorrências, com 38 semanas + 5 dias de gestação, não sendo considerada de risco. Dana apresenta um IMC dentro da normalidade, sem hábitos tóxicos, e um feto com peso estimado em torno de 2500 gramas, enquadrando-se dentro dos valores esperados para a idade gestacional. O teste de estreptococo foi negativo, e ao chegar ao hospital referiu que a bolsa havia rompido há cerca de 30 minutos, com líquido amniótico claro e sem odor, indicando ausência de sinais de infeção ou sofrimento fetal.

Diferentemente de outras parturientes que chegam com um plano de parto previamente estruturado, Dana não o trouxe consigo. Por esse motivo, foi convidada a responder ao modelo de plano de parto utilizado pelo hospital, o que lhe permitiu expressar as suas preferências relativamente ao trabalho de parto e nascimento. Durante essa conversa, afirmou que, caso necessário, aceitava a realização de episiotomia, confiando na equipa de saúde para essa decisão. Não manifestou desejo de cortar o cordão umbilical, mas expressou vontade de realizar o contacto pele a pele imediato, optar pelo corte tardio do cordão e iniciar a amamentação logo após o nascimento. Aceitou igualmente as profilaxias neonatais recomendadas.

Apesar de não ter frequentado aulas de preparação para o parto nesta segunda gravidez, referiu tê-lo feito no primeiro embarço.

Dana já tinha dado à luz anteriormente no mesmo hospital, o que contribuiu para que se sentisse segura, mesmo sem a presença de um acompanhante. O marido permaneceu em casa com o filho mais velho, de três anos, e comunicaram-se por telefone duas a três vezes durante o processo, sendo a última chamada por volta das 22h00, antes de ele se deitar.

Na avaliação inicial, apresentava 6 cm de dilatação, com o colo uterino amolecido, em posição anterior, 80% de extinção e apresentação cefálica no segundo plano de Hodge, indicando a fase ativa do trabalho de parto. Desde a chegada ao hospital, Dana já estava decidida a solicitar analgesia epidural, como fez no seu primeiro parto. No entanto, demonstrou interesse em experimentar estratégias não farmacológicas, incluindo mudança de posição, exercícios respiratórios e a criação de um ambiente tranquilo, com luz baixa e de concentração. Além disso, expressou verbalmente as suas emoções ao longo de todo o trabalho de parto.

A escolha deste caso permite refletir sobre a importância de um modelo de assistência que respeita a individualidade da mulher, garantindo um ambiente seguro e ajustado às suas necessidades. Destaca igualmente o impacto positivo da comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem e a parturiente, um aspeto essencial num hospital que acolhe mulheres de diferentes origens e contextos culturais.

Justificação da Escolha do Caso

A escolha deste caso fundamenta-se na necessidade de explorar como os Modelos de Cuidados Centrados nas escolhas da Mulher contribuem para uma experiência positiva e segura para a parturiente e o

recém-nascido. Dana deu à luz no CMIN, um hospital que adota princípios de humanização do parto e respeito pela autonomia da mulher.

Durante o trabalho de parto, Dana demonstrou algum conhecimento prévio sobre as estratégias facilitadoras do processo, mas revelou interesse em aprofundar o seu entendimento, fazendo perguntas e buscando orientações adicionais.

Isso destaca a importância da educação para o parto, conforme indica a GoBP Preparação para o Parto (Cardoso et al. 2023), que enfatiza o acesso à informação baseada em evidências para promover a autonomia da mulher e melhorar sua experiência de parto. A OMS também apoia fornecer informações contínuas às parturientes, permitindo-lhes mais controle e satisfação no processo. Dessa forma, a preparação para o parto e o acesso a informações qualificadas tornam-se pilares fundamentais dos Modelos de Cuidados Centrados na Mulher (Jacob, et al., 2022). Além disso, a sua decisão pelo uso de analgesia epidural, mantendo uma abordagem ativa no processo, reflete a autonomia e o respeito pela escolha informada da mulher.

Outro fator relevante na escolha deste caso é a inclusão do diagnóstico "Significado atribuído à chegada do recém-nascido". A preocupação da parturiente com a adaptação do seu filho mais velho destaca a necessidade de assistência holística durante o trabalho de parto, um dos princípios fundamentais da enfermagem obstétrica. A abordagem dessa questão durante o trabalho de parto evidencia o papel do EEESMO não apenas no suporte físico, mas também emocional, alinhando-se também às diretrizes da GoBP Adaptação à Parentalidade e da OMS.

Além disso, este caso permitiu aprofundar a minha formação como EEESMO, consolidando competências essenciais descritas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento 127/2011). A necessidade de fornecer suporte emocional enquanto garantia um parto

seguro reforçou a minha capacidade de adaptação e resposta às necessidades individuais da parturiente.

A abordagem centrada na mulher ensinou-me a intervir considerando não apenas os aspetos fisiológicos do parto, mas também os impactos emocionais e sociais da transição para a parentalidade.

A experiência também foi enriquecida pelo contato com as diretrizes presentes na Orientação da DGS sobre Cuidados durante o Trabalho de Parto (2023), que destaca a importância do suporte contínuo e da personalização do cuidado conforme as necessidades da parturiente. Esse conhecimento permitiu-me consolidar a importância de práticas baseadas em evidências para proporcionar uma experiência positiva e segura às mulheres durante o parto.

Por fim, escolhi este caso porque fiquei profundamente impressionada com a positividade, confiança e alegria com que Dana viveu o processo do parto. Mesmo sem uma pessoa significativa ao seu lado durante o nascimento do seu filho, ela demonstrou uma força e autonomia notáveis. Esta experiência ensinou-me a importância de confiar no corpo da mulher e na sua capacidade inata de parir, assim como a perceber como a forma como encaramos a vida pode transformar uma experiência potencialmente negativa em algo positivo e poderoso.

Enquanto muitos poderiam sentir tristeza ou insegurança na ausência de um acompanhante, Dana concentrou-se no momento, na grandiosidade do nascimento e na sua própria independência e força como mulher. Isso reforçou a minha visão sobre o impacto da confiança, da informação e do suporte contínuo no parto, elementos essenciais dos Modelos de Cuidados Centrados na Mulher.

Tempo de acompanhamento:

A parturiente deu entrada na sala de partos pelas 20h30 da noite. Deu à luz sobre as 00:30h e foi acompanhada até ser levada para a unidade de pós-parto às 02:30h.

Medicação prescrita:

Medicação administrada por via epidural:

- Lidocaína a 2%
- Ropivacaína 0,2% associada ao opiáceo sufentanilo

Medicação administrada por via intravenosa:

- 10 UI de ocitocina administrada em 1000 ml de soro fisiológico depois da dequitação.

Descrição da Evolução do Parto:

No momento da admissão na sala de partos, Dana entregou o plano de parto aos EESMO que a acompanharam durante o turno (o meu tutor e eu). Já nesse primeiro contato, verbalizou sua confiança na equipe de saúde, mencionando que seu primeiro parto havia ocorrido sem interferências neste mesmo hospital. Expressou ainda que, ao se criar um bom ambiente de trabalho entre utentes e profissionais, tudo tende a ocorrer de forma mais

tranquila e positiva. Embora não tenha trazido um plano de parto, por aquilo que referiu, desejava ser informada sobre todos os procedimentos, realizar o contacto pele a pele imediato após o nascimento, iniciar a amamentação precocemente e que os profissionais de saúde cortassem o cordão umbilical com atraso (tive o privilégio de cortar).

20h30: Entrada no hospital CMIN. Avaliação inicial: 6 cm de dilatação, colo uterino amolecido, em posição anterior, 80% de extinção e apresentação cefálica no segundo plano de Hodge, indicando fase ativa do trabalho de parto. Contrações regulares a cada 2-3 minutos, com duração de 50-60 segundos e de forte intensidade. Dana chegou sozinha ao hospital e relatou rutura da bolsa há 30 minutos. Gravidez sem intercorrências, com 38 semanas + 5 dias de gestação. IMC dentro da normalidade, sem hábitos tóxicos, feto com peso estimado em torno de 2500 g. Exame laboratorial confirmou grupo sanguíneo materno A+ e teste para estreptococo negativo.

20h40: Instalação na sala de partos. A preparação do material para a assistência ao parto foi realizada, garantindo uma abordagem segura e eficaz. Foram reunidos os materiais essenciais, incluindo o kit de parto (campo estéril, bata, clamp do cordão umbilical, duas tesouras, duas pinças, compressas e perneiras) e luvas esterilizadas. Além disso, assegurou-se a disponibilidade do material necessário para os primeiros cuidados neonatais, garantindo que o recém-nascido não fosse separado da mãe durante a Golden Hour.

Dana permaneceu na cama a maior parte do tempo, realizando exercícios de respiração e seguindo orientações para alívio da dor com métodos não farmacológicos. Manifestou desejo de analgesia epidural.

21h00: Colocação do cateter epidural. Início da administração da analgesia via epidural com lidocaína a 2% e ropivacaína 0,2% associada ao opiáceo sufentanilo. O alívio da dor ocorreu de forma gradual, com reforço intermitente a pedido da parturiente ao longo do trabalho de parto.

22h15: Progressão para 8 cm de dilatação. Movimentos pélvicos e mudanças de posição incentivadas, favorecendo o alinhamento fetal e alívio da dor, realizados sobre a cama, e continuando a expressar suas emoções mantendo comunicação conosco.

23h00: Dilatação completa. Dana manteve-se na posição lateral esquerda. A partir deste momento, a sua comunicação tornou-se menos frequente, concentrando-se nas contrações e no controle da respiração.

00h30: Nascimento do bebê (sexo feminino). Nenhuma laceração significativa ou necessidade de episiotomia. APGAR 9/10/10. Recém-nascida com boas condições vitais. Procedeu-se ao contato pele a pele imediato e incentivo ao início da amamentação. O cordão umbilical foi cortado, conforme o desejo da parturiente, por um dos profissionais que a acompanharam durante o parto, sendo eu, neste caso, quem teve esse privilégio.

00h40: Dequitação espontânea sem intercorrências.

00h45: Administração de 10 UI de ocitocina diluída em 1000 ml de soro fisiológico. Monitorização dos sinais vitais maternos e avaliação do globo de Pinard para prevenção de hemorragia.

01h00: Avaliação da pega da recém-nascida, confirmando-se a amamentação eficaz. Foram reforçadas orientações sobre sinais de alerta para a mãe e o bebê.

02h30: Após acompanhar Dana à casa de banho para urinar (verificando a diminuição da anestesia, os sinais vitais e a mobilidade das pernas), ela e sua filha foram transferidas para a unidade de puerpério após um lanche de chá e bolachas. Manutenção do contato pele a pele e da amamentação sob supervisão.

02h35: Registo e documentação de todos os eventos e observações realizadas durante o processo, incluindo notas sobre a experiência da parturiente e do recém-nascido, assegurando a continuidade dos cuidados no serviço de Puerpério e facilitando a comunicação com a equipa multidisciplinar.

Domínio: Trabalho de parto e parto

Foco de atenção: Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Exemplo possível de uma questão orientadora para o processo de diagnóstico:

"Apesar de já ter passado pelo trabalho de parto uma vez, pensa que há algumas coisas que pode fazer neste que ajudem a ter outra experiência positiva? O que acha que depende de si para facilitar a evolução do seu trabalho de parto?"

Resposta:

Admite que pode haver outras estratégias que desconhece ou não recorda. Mostra interesse em aprender novas abordagens que possam contribuir para um trabalho de parto mais facilitado.

Dados relevantes para caracterizar o contexto:

Dana encontra-se no seu segundo trabalho de parto e, apesar de já ter passado por esta experiência anteriormente sem intercorrências, demonstrou interesse em aprofundar os seus conhecimentos sobre estratégias que possam facilitar a evolução do parto. Durante a avaliação inicial, referiu ter utilizado exercícios de respiração e a caminhada como recurso no primeiro parto. Contudo, reconhece que já se passaram três anos desde então e admite que pode haver outras estratégias que não se lembra ou que possa ainda não conhecer. Além disso, reconhece os benefícios do uso da bola de parto, mas, no processo deste parto, preferia estar deitada na cama e descansar. Além disso, durante esta segunda gravidez, ela também reconheceu não ter frequentado as aulas de preparação para o parto, embora tenha assistido a essas aulas na primeira gravidez.

A sua abertura para explorar novas abordagens e o facto de expressar disponibilidade para aprender indicam um potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto. A compreensão do impacto de fatores como a mobilidade, o relaxamento muscular e os efeitos hormonais pode contribuir para que Dana se sinta mais segura e ativa no seu próprio processo de parto, potenciando uma experiência positiva.

A comunicação eficaz entre a equipa de saúde e a parturiente desempenha um papel fundamental na partilha de informações pertinentes. Neste contexto, questionou-se Dana sobre o que considera que pode fazer para favorecer o trabalho de parto, ao que respondeu mencionando a respiração como uma estratégia previamente utilizada. No entanto, mostrou-se receptiva a conhecer outras formas de facilitar o processo, evidenciando um interesse em adaptar-se às suas necessidades atuais.

Deste modo, considera-se pertinente a implementação de intervenções educativas que lhe permitam adquirir ou reforçar conhecimentos

sobre métodos não farmacológicos, capacitando a para tomar decisões informadas e ativas durante o parto.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras de trabalho de parto.

Objetivos:

- Identificar movimentos e posições corporais facilitadoras da progressão do seu trabalho de parto.
- Adotar movimentos e posições facilitadoras da progressão do trabalho de parto.

Intervenções:

Ensinar sobre posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto.

Ensinar sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

22h20 – Explicação sobre posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto e incentivo à experimentação de assimetrias na posição lateral

Desde a sua chegada à unidade, Dana optou por permanecer deitada na cama, manifestando conforto nesta posição. Dado o seu interesse em conhecer estratégias facilitadoras do parto, foram explicadas posições que poderiam favorecer a descida fetal, respeitando a sua preferência de se manter deitada.

Foi demonstrada a posição de decúbito lateral, com a perna superior fletida e apoiada numa almofada, destacando-se os seus benefícios, tais como a ampliação do diâmetro pélvico e a facilitação da rotação fetal. Além disso, foram introduzidas assimetrias posturais, como a colocação das pernas em posições diferentes, para otimizar o encaixe do bebê no canal de parto.

Dana demonstrou receptividade à explicação e realizou pequenos ajustes na posição, verbalizando que compreendia a importância dessas modificações para facilitar a progressão do trabalho de parto.

22h40 – Demonstração do uso do disco insuflável ("bolacha") para apoio pélvico e otimização da mobilidade do sacro

Foi explicado a Dana que a mobilidade do sacro desempenha um papel essencial na adaptação do bebê ao canal de parto, e que a utilização do disco insuflável (bolacha) poderia ajudar a evitar pressão excessiva sobre essa região, promovendo maior liberdade de movimento da pelve.

Demonstrou-se a forma correta de utilização do disco, sugerindo que o experimentasse para avaliar o seu conforto. No entanto, Dana referiu sentir-se confortável na posição lateral e optou por não utilizar o dispositivo naquele momento. Foi reforçado que esta estratégia poderia ser considerada mais tarde, caso sentisse necessidade de ajuste postural ou de maior conforto.

23h00 – Reforço da importância da mobilidade dentro dos limites do conforto da parturiente. À medida que a dilatação progrediu para os 8 cm, foram novamente incentivados pequenos movimentos pélvicos e ajustes na

posição. Explicou-se que, mesmo permanecendo deitada, variações sutis na postura poderiam favorecer a progressão do parto.

Dana mostrou interesse nas orientações fornecidas e, ao sentir aumento da pressão pélvica, realizou pequenas movimentações na perna superior e ajustou a posição da pelve, conforme sugerido. Acompanhou-se a sua evolução, garantindo que permanecia confortável e segura.

23h50 – Fase expulsiva em posição lateral esquerda

Com a dilatação completa e a progressão do bebê para o estreito inferior, Dana manteve-se espontaneamente na posição lateral esquerda, relatando que se sentia mais confortável e segura. Foi reforçado que esta posição poderia facilitar a saída fetal, pois permite maior mobilidade do sacro e ajuda a reduzir o risco de lacerações perineais.

Durante as contrações expulsivas, Dana foi orientada a manter a perna superior fletida, apoiando-a no meu ombro esquerdo ou na minha cintura, permitindo a abertura pélvica necessária para o nascimento. Foi encorajada a escutar o seu corpo e a adaptar os seus esforços de expulsão ao ritmo das contrações.

00h30 – Nascimento em posição lateral

O bebê nasceu na posição lateral sem intercorrências.

Domínio: Trabalho de parto e parto

Foco de atenção: Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Exemplo possível de uma questão orientadora para o processo de diagnóstico: “Além da epidural, estarias disposta a experimentar outras estratégias para ajudar a lidar com a dor do trabalho de parto?”

Refere interesse em experimentar as diferentes atividades propostas e disponíveis para fazer na sala de partos.

Dados relevantes para caracterizar o contexto:

Dana demonstrou interesse e envolvimento ativo nas estratégias para lidar com a dor durante o trabalho de parto. Embora tenha solicitado analgesia epidural desde o início, mostrou-se aberta a experimentar métodos não farmacológicos, como exercícios respiratórios, mudança de posição e a criação de um ambiente tranquilo, com luz baixa e concentração. Apesar de reconhecer os benefícios da bola de parto, preferiu permanecer deitada na cama e descansar durante o processo.

Durante a avaliação inicial, mencionou que utilizou exercícios respiratórios e a caminhada como recurso no primeiro parto, mas admitiu que, devido ao tempo decorrido, poderia não se lembrar de outras estratégias ou desconhecer novas abordagens.

O ambiente hospitalar oferecia recursos para a promoção do conforto materno e possibilidade de personalização do espaço. A comunicação clara e eficaz com a equipa contribuiu para que Dana se sentisse segura e acolhida ao longo do trabalho de parto.

Diagnostico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre lidar com a dor do trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.

Objetivos:

- Identificar as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto.
- Relacionar o uso da(s) estratégia(s) com o efeito esperado na dor de trabalho de parto.

Intervenções:

Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o alívio da dor de trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

20h50 - Explicar a necessidade de preparação para o uso eficaz das estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto:

Para ajudar Dana a lidar com a dor do trabalho de parto nas suas diferentes dimensões, foram introduzidas as seguintes estratégias:

- Respiração controlada: Inspirar lentamente e expirar de forma prolongada, promovendo o relaxamento e a diminuição da resposta fisiológica à dor.
- Relaxamento muscular: Consiste na identificação de áreas tensionadas do corpo e no relaxamento intencional dessas regiões, contribuindo para o alívio da dor conforme o princípio do "gate control", anteriormente explicado no caso de Ema e Frederico.
- Mindfulness e visualização guiada: Como estava sozinha, foi encorajada a visualizar momentos positivos, como o encontro com a bebé após o parto.
- Mobilidade e alternância de posições: Apesar de ter preferência por permanecer na cama, foi incentivada a realizar ajustes na posição lateral e a utilizar um disco insuflável ("bolacha") para favorecer o alinhamento fetal e o conforto materno.

21h30 - Explicar benefícios da utilização das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto:

- Aplicação de frio: Para conforto térmico e alívio da tensão, foram aplicadas compressas húmidas na testa e no peito de Dana. Além disso, foi realizado o abanar manual com o objetivo de proporcionar conforto térmico durante a última fase do trabalho de parto, contribuindo para a sua sensação de bem-estar.
- Ambiente da sala de partos: A importância da criação de um ambiente tranquilo foi reforçada, com redução da luminosidade e minimização de estímulos externos, favorecendo a produção de ocitocina e o relaxamento.

22h15 - Explicar a necessidade de lidar com a dor nas suas diferentes componentes:

- Dor física e emocional: Foi abordado o impacto da dor não só como uma sensação física, mas também como um processo emocional e mental.
- Controle sobre a experiência: Incentivou-se a verbalização de suas sensações, emoções e necessidades ao longo do trabalho de parto, respeitando o seu ritmo e escolhas. Além disso, realizou-se uma escuta ativa dos seus medos, como o sentimento de estar traindo o seu outro filho, proporcionando apoio emocional e esclarecendo suas dúvidas. Todas as suas perguntas foram respondidas de forma clara, garantindo que se sentisse compreendida e segura durante todo o processo.

23h50 - Explicar o efeito esperado das estratégias não farmacológicas escolhidas para lidar com a dor e promover o seu alívio:

- Respiração controlada: Contribuiu para a regulação do ritmo cardíaco, promovendo uma maior sensação de segurança e relaxamento.
- Mobilidade e mudança de posições: Embora Dana tenha optado por permanecer deitada, pequenos ajustes posturais facilitaram a progressão do parto e proporcionaram mais conforto.
- Ambiente acolhedor: A redução da luminosidade e a presença de uma equipa de saúde que respeitou as suas preferências contribuíram para uma experiência de parto mais positiva.

A implementação destas estratégias foi feita respeitando a escolha de Dana, garantindo que ela se sentisse segura e informada ao longo de todo o processo.

Domínio: Preparação para o parto

Foco de atenção: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Dana é multípara, tendo vivenciado um parto anterior no mesmo hospital, o que contribuiu para a sua segurança e tranquilidade durante este parto.

Mostrou-se disponível e interessada em aprender e aplicar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, como respiração ou mudança de posição, embora tenha optado desde o início pela analgesia epidural e preferido permanecer deitada.

A analgesia foi administrada pouco depois da entrada na bloco de partos, o que inviabilizou a demonstração ou prática de estratégias verticais ou de mobilidade antes da sua aplicação.

Ainda assim, manteve uma comunicação aberta com a equipa de enfermagem, demonstrando interesse em compreender o que se passava em cada momento e em participar nas decisões relacionadas com o processo de parto.

Foi também disponibilizado o uso de um disco insuflável em forma de “bolacha”, utilizado como base de apoio pélvico sobre o colchão, com o objetivo de promover alguma mobilidade da pelve mesmo em posição deitada. A mulher mostrou-se receptiva à sua utilização, demonstrando abertura para estratégias adaptadas à analgesia.

Durante a entrevista inicial, foi aplicada uma questão orientadora inspirada na proposta da GoBP:

"No primeiro parto lembra-se se usou alguma posição ou movimento que a ajudasse? Acha que agora poderiam existir outras estratégias para facilitar o parto?"

A resposta foi: "Não me lembro muito bem... sei que andei, mudei de posição, mas não me lembro do que fiz exatamente. Se calhar agora há outras coisas que posso fazer para ajudar o parto a evoluir."

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Objetivo:

- Adotar estratégias posturais adaptadas à analgesia epidural que favoreçam a progressão do trabalho de parto e o conforto materno.

Intervenções:

Instruir e apoiar na adoção de posições facilitadoras compatíveis com analgesia epidural.

Promover alterações posturais regulares com base em assimetrias pélvicas.

Esclarecer os benefícios das posições de decúbito lateral com perna fletida e da variação de lado para a progressão fetal.

Reforçar positivamente o papel ativo da mulher na escolha das estratégias compatíveis com o seu plano de parto e conforto.

Atividades que concretizam a intervenção:

21h30 Escolha e adoção de posição confortável após analgesia. Após a administração da analgesia epidural, Dana preferiu permanecer inicialmente em posição de decúbito supino com leve elevação do tronco, sentindo-se mais confortável e segura. Foram utilizados apoios e almofadas para garantir o alinhamento corporal e minimizar a pressão lombar.

21h45: Utilização de disco insuflável ("bolacha") para facilitar mobilidade pélvica em decúbito supino. Colocou-se um disco insuflável em forma de "bolacha" sob a região pélvica enquanto permanecia em decúbito supino. Este recurso permitiu microajustes e mobilidade passiva da pelve, ajudando a favorecer discretamente o movimento articular e a progressão fetal. Além disso, contribuiu para aliviar a pressão exercida sobre o sacro, promovendo maior conforto e melhor distribuição do peso corporal. A parturiente referiu conforto com o uso do dispositivo e mostrou-se curiosa quanto ao seu efeito.

22h15: Reposicionamento para decúbito lateral com assimetria das pernas. Com a evolução do trabalho de parto e início da fase expulsiva, Dana foi reposicionada com o apoio da equipa para decúbito lateral esquerdo. No momento do expulsivo, a perna superior foi posicionada sobre o meu ombro e anca, de forma fletida, com o joelho direcionado para dentro, promovendo uma assimetria pélvica mais acentuada. Esta posição foi explicada como facilitadora da descida fetal e do alargamento dos diâmetros pélvicos. Dana sentiu-se confortável e manteve esta posição até ao nascimento da filha.

22h45: Reforço positivo e empoderamento através da valorização das escolhas. Ao longo de todo o processo, reforçou-se positivamente o envolvimento de Dana nas decisões relacionadas com o parto, valorizando a sua escuta ativa, comunicação clara e confiança na equipa. Este reconhecimento fortaleceu o vínculo terapêutico e contribuiu para que a mulher mantivesse o protagonismo na experiência do nascimento, mesmo num contexto de analgesia.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de Atenção: Significado atribuído à chegada do recém-nascido

Dados Relevantes para o Diagnóstico:

Durante a fase ativa do trabalho de parto, entre as 21h30 e 22h00, Dana partilhou espontaneamente um sentimento de culpa e tristeza, descrevendo que sentia estar “a trair” o seu primeiro filho com a chegada do segundo.

Verbalizou que dedicou os últimos três anos exclusivamente ao filho mais velho, tendo deixado o trabalho para estar com ele, o que criou uma forte ligação emocional entre ambos.

Utilizou expressões como “somos uma equipa” e mostrou receio de que ele não compreendesse ou aceitasse bem a nova dinâmica familiar.

Apesar de estar feliz com a chegada do novo bebé, esta emoção surgiu como um pensamento repetitivo nos últimos meses.

Mostrou disponibilidade emocional para refletir sobre o assunto, mantendo uma conversa fluída, demonstrando confiança e abertura com a profissional.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o significado atribuído à chegada do recém-nascido

Objetivo:

- Reformular o significado dificultador.

Intervenções:

Assistir a/o cliente a analisar o significado dificultador

Atividades que concretizam a intervenção:

21h30: Validação da emoção e início da reflexão sobre o significado. Ao partilhar o sentimento de “traição” em relação ao filho mais velho, Dana teve o seu sentimento validado por mim. Reforcei que esse tipo de emoção é muito comum em mães que vivem tão intensamente o primeiro vínculo e que é importante que se sintam livres para falar sobre isso.

21h35 Explicação e diferenciação entre sentimento e significado

Expliquei-lhe que, muitas vezes, o que pensamos ou sentimos está relacionado com a forma como interpretamos uma situação. E que o que ela pensa é uma ideia, não um facto, e, por isso, pode ser reformulada. Conversámos sobre como é possível olhar para esse pensamento de forma mais leve e construtiva.

21h40: Perguntas facilitadoras da reflexão:

“O que a leva a pensar que está a trair o seu outro filho?”

Dana respondeu que sente que sempre foram uma equipa muito unida, pois passaram os últimos anos muito próximos e que agora tudo vai mudar.

“Pensou sempre assim?”

Respondeu que esse pensamento tem estado presente nos últimos meses, desde que a gravidez se tornou mais real.

“Quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência de parto e pós-parto, ou o regresso a casa com o recém-nascido?”

Respondeu com um sorriso, dizendo que entende que não ajuda “em nada”.

“Gostava de pensar nisto de outra forma? O que acha que seria necessário para isso acontecer?”

Dana respondeu com sinceridade: “Não sei... acho que ele ainda é muito pequeno para entender.”

21h55: Sugestão de reformulação positiva do significado:

Como Dana expressou que não sabia como reformular o pensamento por si só, propushe uma nova forma de olhar para a situação:

“Talvez não se trate de uma traição... mas de um novo capítulo, onde o seu filho mais velho poderá descobrir o que é ser irmão. E você, o que é ser mãe de dois. Pode levar algum tempo, claro, mas juntos vão aprender a encontrar o novo lugar de cada um.”

22h00: Fecho com reforço positivo:

Terminei a conversa reforçando a sua capacidade de adaptação e o valor do cuidado que demonstra: “O mais importante é que o amor por um não diminui o amor pelo outro. E o facto de estar aqui a pensar nisto mostra o quanto você se preocupa em ser a melhor mãe para ambos.”

3.2 Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pós-natal.

O período pós-natal é uma fase de grande vulnerabilidade e adaptação, tanto para a mulher como para o recém-nascido e a família. A EEESMO desempenha um papel essencial neste processo, acompanhando a transição para a parentalidade através de cuidados especializados que integram vigilância clínica, promoção da saúde e apoio emocional.

No domínio 4, Cuidados à Mulher/Família no Puerpério, o Regulamento n.º 127/2011 da Ordem dos Enfermeiros define as competências que orientam a atuação da EEESMO na vigilância da saúde da mulher e do recém-nascido, no apoio à amamentação e na promoção da adaptação à parentalidade. Estas

competências articulam-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2022) sobre cuidados pós-natais positivos, reforçando a importância da continuidade assistencial, da promoção da saúde mental e do respeito pela individualidade da mulher e da família. Este enquadramento garante que a prática clínica se baseia em princípios éticos e deontológicos sólidos, em conformidade com o Código Deontológico e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

As principais áreas de intervenção incluem a monitorização rigorosa do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido (competência 4.2.3), a promoção e proteção do aleitamento materno (competência 4.1.4), o apoio à adaptação física e psicológica da mulher ao pós-parto (competência 4.1.5) e a identificação precoce de complicações ou sinais de alarme (competência 4.2.4). Para além disso, importa sublinhar o papel da EEESMO na promoção da saúde mental no puerpério (competência 4.1.6), ajudando a prevenir situações de ansiedade ou depressão pós-parto.

A apresentação do caso clínico permitirá ilustrar como estas competências se traduzem na prática, reforçando a importância de uma abordagem centrada na mulher e na família, capaz de aliar segurança clínica a cuidados humanizados.

3.2.1 Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto.

A protagonista deste caso é Natividade, nome fictício, mulher portuguesa, de 26 anos, primigesta, que teve um parto eutócico sem complicações e sem patologias associadas. O recém-nascido encontrava-se

bem, e mãe e filho foram internados na Unidade de Puerpério durante o turno da noite. Quando iniciei o meu turno da tarde com a minha tutora, no dia seguinte, foi-nos comunicado pela equipa que o ambiente clínico tinha sido desafiante devido às dificuldades de comunicação com o pai, Mário, nome fictício, homem português de 48 anos, que se apresentou como pai do recém-nascido e mostrou uma postura de autoridade em todas as decisões relativas ao bebé. A terceira pessoa da tríade familiar era Joana, mulher portuguesa de 42 anos, companheira de Mário e mãe de um adolescente de 15 anos, constituindo juntos um modelo de família não convencional.

Durante o turno, foram observadas respostas evasivas ou ausentes por parte da mãe, enquanto Mário assumia as respostas às questões dirigidas a Natividade, inclusive em assuntos diretamente relacionados com o corpo da mulher, como a amamentação. Quando tentávamos envolver a mãe nas decisões, surgiam comentários como:

- “Já lhe respondi, porque insiste em perguntar à mãe?”
- “As mulheres querem igualdade, mas só quando convém.”
- “Ninguém entende o nosso modelo de família.”
- “Porque é que ela, por ser mulher, tem que saber o que é melhor para o nosso filho?”

Estes comentários, muitas vezes ditos com ironia ou tom de provocação, geravam um ambiente sensível, mas a equipa manteve sempre uma postura de respeito, empatia e firmeza. Respondíamos com clareza que, embora a decisão de amamentar possa ser partilhada no seio da família, a palavra final cabe sempre à mãe biológica, por se tratar de uma prática que envolve diretamente o seu corpo e a sua autonomia. Reforçámos que ninguém pode decidir sobre o corpo de outra pessoa, e que a nossa intenção

era ouvir a opinião de Natividade, pois até ao momento ela não havia manifestado verbalmente se pretendia ou não amamentar.

Escolhi este caso não só pela complexidade relacional, mas também pela necessidade de aprofundar conhecimentos legais, éticos e comunicacionais relacionados com os novos modelos familiares. Na sociedade atual, a diversidade de configurações familiares é cada vez mais frequente, exigindo dos profissionais de saúde competências atualizadas, tanto a nível legal quanto relacional, para garantir cuidados respeitadores, humanizados e juridicamente sustentáveis. Dado que as questões de parentalidade podem gerar conflitos legais e até processos judiciais, torna-se fundamental estar preparado para atuar de forma fundamentada e segura.

Este caso, embora tecnicamente simples do ponto de vista clínico, revelou-se profundamente desafiante na dimensão relacional e ética, e evidenciou a importância de defender a autonomia da mulher também no puerpério, num ambiente onde o modelo de cuidados centrado na mulher é, por vezes, posto à prova.

Medicação prescrita:

No primeiro dia do puerpério, Natividade apresentava-se clinicamente estável, sem sinais de dor intensa, hemorragia ou complicações associadas ao parto. O parto vaginal eutócico decorreu sem intercorrências, e a recuperação inicial estava dentro dos parâmetros esperados.

Foram prescritas as seguintes medicações de rotina para controlo sintomático e promoção do conforto no puerpério imediato:

- Paracetamol 500 mg 8/8h (VO) – para alívio da dor ligeira a moderada, compatível com a amamentação e seguro para uso contínuo durante os primeiros dias do puerpério.
- Ibuprofeno 400 mg SOS (VO) – anti-inflamatório não esteroide prescrito para dor moderada ou desconforto perineal, a administrar conforme necessidade.
- Lactulose SOS (VO) – laxante osmótico prescrito caso surgissem queixas de obstipação ou dificuldade na evacuação, situação frequente nas primeiras 48–72 horas pós-parto.

Durante o turno de observação, não foi necessário administrar qualquer dose de ibuprofeno ou lactulose, mantendo-se apenas a toma regular de paracetamol.

A puérpera referiu apenas algum desconforto ligeiro no períneo, que foi controlado com medidas não farmacológicas, como aplicação de gelo local e cuidados de higiene perineal.

Descrição da evolução do pós-parto:

Sabe-se que o período do puerpério exige cuidados específicos, que devem ser aplicados de acordo com as necessidades de cada utente. Assim, torna-se necessária a aplicação de diagnósticos de enfermagem, que variam consoante o período em questão e respeitam as mudanças psicobiológicas das utentes (Oliveira et al., 2022).

No estudo realizado por Vieira 2011, foram abordados os diagnósticos de enfermagem pertinentes aos períodos imediato e tardio do puerpério, sendo aplicados, de acordo com o NANDA, diagnósticos

relacionados a conceitos culturais das utentes e a informações passadas por profissionais da saúde, sendo alguns deles:

- Conhecimento deficiente
- Armazenamento de leite materno
- Cuidados prestados a sua criança
- Amamentação
- Cuidados com as mamas
- Cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração
- Risco de amamentação interrompida ou ineficaz
- Risco de infeção

Para Patine 2006, quanto aos diagnósticos atribuídos as puérperas em fase imediata, podem ser além dos já citados acima:

- Dor aguda, relacionada ao processo de parto e necessidade de intervenção cirúrgica ou pontos em episiotomias e lacerações;
- Risco de obstipação;
- Ansiedade, diante da nova rotina e do processo de adaptação mãe e filho;
- Padrão de sono prejudicado, devido à permanência em ambiente partilhado e à prestação de cuidados em tempo integral ao recém-nascido;

- Desempenho de papel ineficaz, especialmente para mães de primeira viagem que não tem conhecimento prático sobre os cuidados com ela e com o filho;
- Mobilidade física prejudicada, as utentes que passaram por cesariana e precisam adaptar-se a locomoção com os pontos (Oliveira, et al., 2022).

Puerpério imediato (0–24h):

Durante as primeiras horas após o parto eutócico, sem complicações, Natividade, mulher jovem, primigesta e saudável, foi admitida na Unidade de Puerpério juntamente com o seu recém-nascido. Manteve-se acompanhada em todo o momento por Mário, pai da criança, que assumia um papel muito presente na interação com a equipa. Joana, a terceira pessoa da relação, esteve também presente durante as manhãs e parte da tarde, embora não pernoitasse na unidade. Joana é mãe de um adolescente de 15 anos, fruto de uma relação anterior, que também visitou a família durante as tardes.

A avaliação clínica de Natividade manteve-se estável: sinais vitais dentro dos parâmetros normais, útero bem contraído, lóquios adequados e sem queixas algicas relevantes. No entanto, solicitou a aplicação de gelo local na região perineal, uma medida não farmacológica frequentemente utilizada no alívio do desconforto pós-parto. A mulher referiu alívio após o uso da bolsa de gelo e não expressou necessidade de outras intervenções adicionais.

Em conformidade com a recomendação da OMS (2022), foram monitorizados parâmetros como dor perineal, contração uterina, conforto geral e início da amamentação, promovendo-se cuidados contínuos e apoio individualizado nas primeiras 24 horas após o parto, tal como preconizado para uma experiência pós-natal positiva.

Puerpério mediato (24h–48h):

Durante o segundo dia de internamento, Natividade manteve-se clinicamente estável, com recuperação fisiológica adequada, útero em involução, sem sinais de infecção, desconforto relevante ou alterações da loquiação. Continuou a praticar o aleitamento materno, mas foi solicitado o uso de suplemento em fórmula para complementar a amamentação, sob o argumento de que “ainda não havia leite suficiente” e o bebé aparentava fome. Após esclarecimento da equipa de enfermagem sobre as opções disponíveis, foi iniciada uma prática de alimentação mista, respeitando a vontade expressa pela família.

A comunicação com Joana manteve-se fluida e colaborativa. Demonstrou-se disponível para dialogar com a equipa, tanto ela como o jovem que a acompanhava, estabelecendo uma relação positiva e respeitadora com os profissionais.

Por outro lado, o pai continuava a manifestar verbalmente insatisfação quanto ao tratamento recebido, sugerindo que as suas opiniões não estavam a ser devidamente valorizadas. Este comportamento, por vezes ambíguo entre a cordialidade e o tom de provocação, exigiu da equipa um cuidado acrescido na comunicação e na mediação da informação, especialmente no que dizia respeito à participação da mãe nas decisões relativas ao bebé.

Às 48 horas de vida, o recém-nascido foi submetido ao teste de rastreio de metabolopatias, conforme protocolo institucional. Durante o procedimento, o pai dirigiu-se a mim com um comentário em tom de brincadeira, dizendo para “não trocar o bebé”, o que interpretei como parte de uma tentativa de manter um tom descontraído na interação. Pessoalmente, não senti hostilidade no contacto direto, contudo, presenciei

alguns comentários dirigidos à minha tutora, em que manifestava insatisfação relativamente à forma como a equipa interagia com ele. Apesar disso, a alta decorreu sem intercorrências, com Natividade colaborativa, tranquila, e sem dúvidas no momento da saída.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Natividade encontra-se no seu primeiro puerpério, após parto eutócico sem intercorrências. A interação com a equipa revela uma atitude reservada e de poucas palavras, o que contrasta com a postura mais expressiva e diretiva do pai, Mário.

Durante o acompanhamento, foi aplicada uma questão orientadora:

“A chegada do recém-nascido traz mudanças à vida de toda a família. Que desafios vê na chegada a casa com o seu bebé? O que acha que vai mudar em si?”

A resposta de Natividade foi vaga: “Depois se verá... ainda não pensei nisso.”

O pai respondeu de forma confiante: “Sabemos como nos organizar.”, o que revela um desequilíbrio na expressão das expectativas entre os membros da família.

O modelo familiar em questão é composto por três pessoas (duas mulheres e um homem), sendo a estrutura legal e social deste tipo de organização familiar ainda não reconhecida em termos de direitos parentais plenos para os três membros.

A Natividade não demonstrou, até ao momento, clareza quanto às mudanças práticas e emocionais que advêm da chegada de um recém-nascido e da transição para o novo papel materno.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido.

Objetivos:

- Identificar estratégias para facilitar a gestão do tempo e das tarefas com a chegada do recém-nascido.
- Integrar mudanças facilitadoras da rotina diária para adaptação às novas exigências da parentalidade.
- Promover conhecimento sobre a licença parental e os respetivos direitos no contexto de modelos familiares diversos.

Intervenções

Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto.

Ensinar sobre mudanças que ocorrem com a chegada de um recém-nascido à família.

Ensinar sobre licença parental, esclarecendo limitações legais em modelos familiares não tradicionais.

Promover a reflexão conjunta entre os membros da família sobre o ajustamento das dinâmicas familiares com a chegada do bebé.

Atividades que concretizam a intervenção:

Expliquei a Natividade e aos restantes elementos da família que a chegada de um bebé implica adaptação de horários, rotinas de sono, alimentação e divisão de tarefas, especialmente nos primeiros dias após o regresso a casa.

Dei exemplos práticos de como algumas famílias organizam turnos noturnos ou partilham tarefas como a higiene, refeições e vigilância do bebé.

Esclareci o que está previsto na licença parental em Portugal, destacando que, legalmente, os direitos de licença remunerada estão limitados aos pais legais (progenitores ou adotantes), o que pode excluir um dos elementos do trio familiar se não existir vínculo legal reconhecido.

Sugeri que refletissem em conjunto sobre como poderiam reorganizar a sua rotina familiar tendo em conta as limitações legais e práticas, promovendo assim uma parentalidade mais consciente e cooperativa.

Em Portugal, a licença parental é um direito atribuído aos progenitores legais, ou seja, à mãe e ao pai biológicos ou adotivos da criança. Esta licença permite que ambos possam ausentar-se do trabalho por um determinado período após o nascimento ou adoção de um filho, conforme estipulado no Código do Trabalho (Assembleia da República Portuguesa, 2009).

No contexto de famílias compostas por três pessoas adultas sem vínculos legais reconhecidos entre si, como no caso apresentado, apenas os progenitores legais têm direito à licença parental. A Joana, sem um vínculo legal estabelecido com a criança, não possui, à luz da legislação atual, direito a beneficiar desta licença.

É importante notar que a legislação portuguesa não reconhece formalmente modelos familiares compostos por mais de dois progenitores legais. Assim, para efeitos de direitos parentais, incluindo a licença parental, apenas os progenitores legais são considerados (Portal do Governo de Portugal).

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Aplicada a questão orientadora muito similar a anterior:

“Já imaginou a vida depois do parto? Tem ideia das mudanças no dia a dia que advêm de chegar a casa com um filho, por exemplo na gestão das rotinas/tarefas e dinâmicas familiares?”

A resposta de Natividade continuou a ser vaga, sem apresentar um plano concreto de ajustamento ou partilha de tarefas.

O pai, Mário, respondeu interrompendo por vezes a mãe e revelando uma postura de controlo.

A terceira pessoa da família, Joana, manteve uma atitude respeitosa e aberta, participando com interesse, mas sem tomar a dianteira na conversa.

O modelo familiar, sendo composto por três pessoas sem vínculo legal formal entre si, exige um nível de consciencialização elevado e partilhado sobre a reorganização prática da vida familiar.

A resposta da Natividade revela ausência de planeamento concreto, e a postura do pai indica possível desalinhamento de expectativas dentro da estrutura familiar.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e a gestão da organização da família

Objetivos:

- Reconhecer o impacto dos cuidados ao recém-nascido nas 24 horas do dia.

- Identificar ajustes necessários na rotina familiar com a chegada do bebé.
- Definir estratégias práticas e realistas para partilha de tarefas e apoio mútuo no período pós-parto.

Intervenções

Promover reflexão sobre a sobrecarga associada aos cuidados ao recém-nascido.

Esclarecer as necessidades do recém-nascido e as exigências da sua vigilância contínua.

Incentivar a partilha de percepções entre os membros da família sobre o que esperam e como pensam organizar-se.

Prescrever intervenções que favoreçam a construção de soluções individualizadas, baseadas no perfil e contexto da família.

Atividades que concretizam a intervenção:

Durante o diálogo com a família, lancei a questão: “Quais tarefas diárias acham que poderão ficar mais difíceis com a chegada do bebé?”

Sugeri que cada elemento pudesse nomear um aspeto da rotina que estaria disposto a adaptar ou apoiar, promovendo partilha de responsabilidades.

Expliquei que o recém-nascido exige cuidados em regime de 24 horas, o que pode provocar cansaço e tensão, se não houver uma organização familiar equilibrada.

Reforcei que não há um modelo único de partilha, mas que o mais importante é que cada elemento sinta-se valorizado e incluído nas decisões práticas e emocionais da parentalidade.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Conhecimento sobre amamentação

Dados relevantes para o diagnóstico:

Durante o turno, foi questionado à família se pretendiam continuar com aleitamento materno exclusivo ou iniciar alimentação mista, após o pai solicitar um biberão com fórmula, alegando que o bebé ainda tinha fome após mamar.

Ao dirigir a pergunta a Natividade, a puérpera manteve-se inicialmente em silêncio, sendo o pai quem respondeu com frases como:

"Porque pergunta a ela se já lhe respondi?",

"O que é que tem de ser mulher? Sabe melhor o que é melhor para o nosso filho?"

Diante desta atitude, a minha tutora respondeu com firmeza e respeito:

"Pergunto à mãe porque é ela quem tem o peito e quem decide se quer dar. Ainda não ouvimos a voz dela, e é importante escutá-la."

Após este esclarecimento, Natividade respondeu de forma breve: "Sim, quero dar biberão", sem desenvolver a resposta nem intervir na tensão gerada.

Dado o tom alterado do pai, a equipa optou por não insistir no momento. Após levarmos o biberão, a interação tornou-se mais tranquila e foi possível estabelecer um diálogo construtivo. Ambos se mostraram então mais recetivos às orientações da equipa.

Ao longo da conversa, foi possível informar e esclarecer, o que permitiu à família optar por uma lactação mista.

A ausência de Joana neste momento limitou a possibilidade de abordar o tema com os três elementos da família.

A situação exigiu o uso de princípios bioéticos, como o respeito pela autonomia da mulher e o direito à sua autodeterminação sobre o corpo, tal como previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Art. 1.º e 3.º), e reafirmado na Lei nº 33/2023, que reconhece o direito da mulher grávida a ser ouvida, respeitada e informada, sendo detentora da última palavra sobre qualquer intervenção que envolva o seu corpo, incluindo amamentação.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentação.

Objetivos:

- Promover conhecimento sobre os benefícios e desafios da amamentação.
- Identificar sinais de fome e saciedade no recém-nascido.
- Compreender estratégias para lidar com dificuldades iniciais na amamentação, como sensação de “falta de leite”.
- Reforçar o direito da mulher à decisão informada sobre amamentar, dentro da estrutura familiar.

Intervenções

Ensinar sobre amamentação

Ensinar sobre sinais de fome

Ensinar sobre estratégias para lidar com dificuldades na amamentação nos primeiros dias.

Esclarecer mitos e expectativas sobre a “subida do leite” e a produção inicial.

Reforçar o direito da mulher à decisão informada sobre o tipo de alimentação a oferecer.

Utilizar comunicação terapêutica para reduzir tensões e promover a escuta ativa.

Atividades que concretizam a intervenção:

Expliquei à família que os bebés nos primeiros dias mamam com frequência e que isso não significa necessariamente que o leite seja insuficiente.

Descrevi sinais comuns de fome (movimentos de procura, sucção de mãos, inquietação), distinguindo-os de sinais de cansaço ou desconforto.

Apresentei exemplos práticos de famílias que iniciaram com lactação mista e depois transitaram para aleitamento exclusivo, conforme a adaptação mãe-bebé.

Reforcei que a decisão sobre a alimentação deve respeitar o corpo, a vontade e o conforto emocional da mãe, e que ouvir a sua voz é um dever ético e legal dos profissionais de saúde.

Adotámos uma postura empática e tranquilizadora, facilitando um ambiente de diálogo. Com isso, a família mostrou-se mais recetiva e decidiu iniciar com amamentação mista, o que foi respeitado e acompanhado pela equipa.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Avaliação da saúde mental**Dados relevantes para o diagnóstico:**

Durante os quase três dias de internamento, Natividade apresentou um comportamento reservado, com um semblante geralmente sério e respostas verbais curtas. Não expressou diretamente emoções de desconforto, mas também não manifestou alegria ou entusiasmo, mesmo em momentos habitualmente positivos como o contato com o recém-nascido ou durante o diálogo com a equipa.

A comunicação com a equipa foi mínima, muitas vezes mediada ou interrompida por Mário, o pai do recém-nascido, que se mostrou mais ativo verbalmente, por vezes em tom provocador.

O contraste entre a expressividade do pai e o silêncio da mãe levantou dúvidas sobre como estaria a vivenciar emocionalmente a transição para a maternidade.

A presença de Joana e do adolescente (filho de Joana) ajudava a equilibrar o ambiente em alguns momentos, mas estes não estavam presentes durante os episódios de maior tensão.

A questão orientadora utilizada foi adaptada à situação:

“Como tem sido para si estes primeiros dias depois do parto? Tem conseguido descansar, tem-se sentido bem acompanhada?”

Natividade respondeu de forma muito breve: “Sim, tudo bem”, sem desenvolver ou dar abertura a mais diálogo, mesmo após incentivo empático.

A falta de expressão emocional não indica necessariamente um quadro de sofrimento, mas alerta para a necessidade de vigilância e apoio

na avaliação do bem-estar psicológico na fase pós-parto, conforme as recomendações da OMS (2022) e da Direção-Geral da Saúde (2023).

Segundo o princípio bioético da beneficência, o profissional de saúde deve agir de forma preventiva, promovendo o bem-estar e oferecendo espaço seguro para escuta, ainda que a mulher não verbalize sofrimento de forma explícita.

Diagnóstico:

Potencial para melhorar a expressão emocional e avaliação do bem-estar psicoafetivo no processo de adaptação à parentalidade.

Objetivos:

- Avaliar como a mulher está a vivenciar emocionalmente a transição para o papel de mãe.
- Promover um espaço seguro para expressão de emoções, medos ou dúvidas.
- Identificar precocemente sinais de possível sofrimento emocional ou necessidade de suporte adicional.

Intervenções

Informar sobre os sentimentos comuns no pós-parto e validar diferentes formas de vivenciar esta fase.

Sugerir continuidade da vigilância após a alta, com apoio em contexto de vigilância domiciliária ou consulta.

Atividades que concretizam a intervenção:

Ao longo das 48 horas, observei a interação de Natividade com o bebé e com os demais elementos da família, notando pouca expressão emocional, embora sem sinais de rejeição ou hostilidade.

Garantir um espaço de escuta respeitador e confidencial, sem julgamento.

Utilizar perguntas abertas e não intrusivas para facilitar a expressão emocional.

Reforcei que o pós-parto é uma fase intensa, onde é normal sentir-se cansada, sobrecarregada ou até confusa, e que não há uma forma certa de se sentir.

Sugeri que, se em algum momento sentir vontade de conversar ou partilhar dúvidas, poderia contar com a equipa, tanto no hospital como após a alta.

Registamos a importância de manter vigilância ao estado emocional da puérpera, sobretudo devido ao perfil comunicativo reservado, possível sinal de necessidade de suporte emocional futuro.

3.3. Às 35 semanas: cuidar para prevenir, respeitar para humanizar

A gravidez com complicações coloca desafios acrescidos à mulher, à família e à equipa de saúde, exigindo da EEESMO uma atuação sustentada no rigor científico, na tomada de decisão fundamentada e no trabalho interdisciplinar. Nestas situações, o papel da especialista é assegurar que, mesmo perante riscos acrescidos, a mulher permanece no centro do cuidado, preservando a sua autonomia e garantindo uma vivência o mais positiva possível do processo gravídico.

Para enquadrar a análise das intervenções realizadas, importa referir que as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) se encontram definidas no Regulamento n.º 127/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Este documento estrutura as competências em domínios (H1 a H4) e subdomínios, abrangendo áreas como a vigilância da gravidez, o trabalho de parto, o puerpério e a saúde reprodutiva.

No domínio 2, Cuidados à Mulher/Família na Gravidez, incluem-se as competências relativas à monitorização da gravidez de baixo e alto risco, à identificação precoce de complicações e à articulação interdisciplinar. Estas orientações normativas garantem que a atuação da EEESMO se pauta por critérios de segurança, eficácia e humanização, em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018) sobre cuidados centrados na mulher.

Entre as competências que orientam a prática neste contexto, destacam-se: a identificação de desvios à gravidez fisiológica e a referenciação adequada (competência 2.2.4); a prescrição de exames auxiliares de diagnóstico para monitorizar a saúde materno-fetal (competência 2.2.3); e a colaboração ativa

com outros profissionais em situações que ultrapassem a esfera de atuação da EEESMO (competência 2.3.4). Igualmente relevante é a competência 2.3.6, que envolve a decisão de transferência e o acompanhamento durante o transporte, assegurando a continuidade e a segurança dos cuidados.

O caso clínico que se apresenta a seguir permite observar como estas competências são operacionalizadas em contexto real, evidenciando a importância da vigilância próxima, da comunicação eficaz e da articulação em rede para garantir cuidados maternos e fetais seguros e integrados.

3.3.1 Às 35 semanas: cuidar para prevenir, respeitar para humanizar

Maria, nome fictício, 40 anos, primigesta, foi internada com 35 semanas de gestação na Unidade de Grávidas de Risco, apresentando quadro de contrações uterinas irregulares, sangramento vaginal ligeiro e colo uterino encurtado, com menos de 25 mm ao exame ecográfico. Os antecedentes obstétricos incluíam útero miomatoso com miomas intramurais, história de conização cervical há cerca de 10 anos e idade materna avançada, fatores que, em conjunto, aumentam o risco de parto pré-termo.

A utente apresentava esquema vacinal completo com duas doses da vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e parotidite), com imunidade confirmada às três infeções, o que elimina a necessidade de vacinação pós-parto. Apesar de ter completado o esquema vacinal contra a hepatite B (3 doses iniciais e doses adicionais até completar seis no total), foi considerada 'não respondente', uma vez que os anticorpos anti-HBs se mantiveram inferiores a 10 mIU/mL.

Maria foi acompanhada durante o dia por Pedro, nome fictício, seu companheiro de 47 anos, pai de uma menina de 11 anos de um relacionamento anterior.

Justificação da Escolha do Caso

A escolha deste caso fundamenta-se na necessidade de aprofundar os meus conhecimentos enquanto estudante do curso de EEESMO, perante situações de ameaça de parto pré-termo em contexto de gravidez de risco. A presença de fatores obstétricos relevantes, como a idade materna avançada (≥ 35 anos), justifica uma vigilância reforçada, uma vez que está associada a um risco acrescido de complicações gestacionais, como hipertensão arterial, diabetes gestacional, parto pré-termo, maior taxa de cesarianas e anomalias cromossómicas, conforme descrito nas ¹⁷recomendações da DGS e da OMS (Direção-Geral da Saúde, 2015) (WHO, 2022). Além da presença de outros fatores obstétricos relevantes, como miomas intramurais não operáveis e história de conização do colo do útero, que representa uma realidade cada vez mais comum na prática clínica atual, tanto em Portugal como em Espanha.

A nível demográfico, tem-se verificado uma clara tendência de adiamento da maternidade em Portugal e Espanha. Em Portugal, a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho foi de 30,7 anos em 2022, mantendo a trajetória ascendente dos últimos anos (INE. Estatísticas Vitais

¹⁷ Estudos indicam que mulheres primíparas com mais de 35 anos apresentam uma maior probabilidade de experiências de gravidez emocionalmente desafiantes quando comparadas com mulheres mais jovens, em parte devido a fatores como expectativas elevadas, preocupações com a saúde fetal e menor rede de apoio social. Assim, a idade materna, sobretudo em primigestas, deve ser considerada na avaliação global das necessidades emocionais e clínicas da grávida, promovendo cuidados individualizados e baseados em evidência (Mills & Lavender, 2011).

2022. Lisboa, 2023). Já em Espanha, a média foi de 32,6 anos em 2023, segundo o INE (INE, 2023), refletindo uma realidade em que cada vez mais mulheres optam por engravidar em idades mais avançadas, seja por razões profissionais, sociais ou de planeamento familiar. Estes dados reforçam a relevância do presente caso, enquadrando a idade materna avançada como uma realidade crescente e clinicamente relevante na prática obstétrica atual.

No que diz respeito aos miomas uterinos, estudos indicam que até 70% das mulheres desenvolvem miomas em algum momento da vida reprodutiva, sendo a prevalência maior entre os 35 e os 50 anos. Esta condição é particularmente comum em mulheres afrodescendentes, mas também se verifica um aumento generalizado da prevalência com a idade (Baird, Dunson, Hill, & Cousins, 2003) (Stewart, 2015). Tendo em conta que Maria apresenta um útero miomatoso e que se encontra na faixa etária de maior incidência, a vigilância obstétrica torna-se essencial, dado o potencial impacto dos miomas na gravidez, como dor, contrações precoces ou ameaça de parto pré-termo.

Relativamente à conização cervical, esta continua a ser uma intervenção comum para o tratamento de lesões de alto grau associadas ao HPV¹⁸. Em Portugal, estima-se que anualmente cerca de 865 mulheres sejam diagnosticadas com cancro do colo do útero, resultando em aproximadamente 379 mortes por ano (International Agency for Research on Cancer; HPV Information Centre. Portugal: Human papillomavirus and related cancers., 2023). Em Espanha, a incidência é estimada em 5,3 casos por 100.000 mulheres por ano, sendo o cancro do colo do útero a 15.^a neoplasia

¹⁸ A conização é um tratamento cirúrgico que consiste na remoção de um fragmento do colo do útero (em forma de cone, daí o seu nome). Este procedimento tem duas finalidades: confirmar o diagnóstico e tratar as lesões. A infeção pelo HPV é tão frequente estimando-se que cerca de 75% das mulheres e homens sexualmente ativos venham a ter, pelo menos, uma infeção por HPV em determinada altura da vida. O HPV está presente em 99,7% dos cancros do colo do útero (Direção-Geral da Saúde, 2023)

mais frequente em mulheres no país, e a 4.^a mais frequente a nível mundial (Sánchez Lorenzo, 2023).

Com base nessas informações, pode-se reforçar a justificação da escolha do caso, destacando que os fatores de risco obstétricos presentes são cada vez mais comuns tanto em Portugal quanto em Espanha. A inclusão desses dados comparativos evidencia a relevância do caso na prática clínica atual e a necessidade de uma abordagem informada e baseada em evidências por parte dos profissionais de saúde.

Para além da vigilância materna, importa salientar que a ameaça de parto pré-termo implica igualmente uma maior probabilidade de nascimento prematuro. Esta situação exige que a equipa de saúde prepare a grávida e o acompanhante para reconhecer as necessidades específicas de um recém-nascido prematuro, incluindo sinais clínicos a monitorizar e medidas de promoção da saúde neonatal. Assim, justifica-se também o trabalho desenvolvido no âmbito do diagnóstico de enfermagem relativo à promoção e vigilância da saúde do recém-nascido, garantindo uma abordagem preventiva e centrada na família.

Esta situação clínica permitiu-me desenvolver competências fundamentais descritas no Regulamento n.º 127/2011, Competências Específicas do EEESMO, nomeadamente no que respeita à vigilância clínica contínua, à avaliação do bem-estar materno-fetal e à promoção de um ambiente seguro e respeitador (H3.1.2; H3.1.5). A minha atuação foi também guiada pela Orientação DGS n.º 002/2023, que reforça o papel da EEESMO na deteção precoce de sinais de risco e na prestação de cuidados diferenciados em situações de ameaça de parto pré-termo.

A nível emocional, esta situação tocou-me de forma particular, pela semelhança com a minha própria realidade pessoal. Os nomes fictícios utilizados, Maria e Pedro, são também os meus e do meu companheiro, numa escolha simbólica que se estendeu aos outros casos deste relatório. Esta

ligação afetiva permitiu-me envolver-me com mais empatia no acompanhamento da utente e reforçou a minha motivação em construir um cuidado mais consciente, respeitador e humano.

Sob uma perspectiva ética, o caso sublinha a importância de garantir que toda mulher, independentemente da idade ou do seu percurso reprodutivo, é cuidada com equidade, dignidade e ausência de julgamentos. A maternidade aos 40 anos, sobretudo em casos de primeira gravidez, exige uma atenção particular por parte da equipa de saúde, não por discriminação, mas pelas especificidades clínicas e emocionais frequentemente associadas. Conforme recomendado pela OMS (2022) e previsto na Lei n.º 33/2023, os cuidados devem ser centrados nas necessidades individuais de cada mulher, assegurando o respeito pelas suas escolhas e a promoção da sua autonomia, independentemente da idade.

Tempo de Acompanhamento

O acompanhamento da utente iniciou-se no turno da tarde, após a sua admissão na Unidade de Grávidas de Risco com 35 semanas de gestação, por quadro de ameaça de parto pré-termo. A vigilância decorreu ao longo de duas tardes consecutivas, durante as quais estive presente sob supervisão da minha tutora de estágio.

Durante este período, participei na prestação de cuidados diretos à grávida e ao seu acompanhante, assegurando a vigilância clínica, o conforto físico e emocional da mulher e a monitorização contínua da situação obstétrica.

Medicação Prescrita

Durante o internamento na Unidade de Grávidas de Risco, Maria encontrava-se clinicamente estável, sem sinais de infeção, hipertensão ou sofrimento fetal. Com base na avaliação obstétrica e nos protocolos institucionais, foram prescritas as seguintes medicações:

- Paracetamol 500 mg, 1 comprimido via oral de 8/8h em caso de dor leve¹⁹.
- Lactulose 10 mL, em caso de obstipação.

Não foram utilizados tocolíticos nem corticoterapia, uma vez que a idade gestacional (35 semanas) e o padrão de contrações não indicavam risco iminente de parto nas primeiras horas de observação. A utente manteve vigilância clínica e monitorização cardiotocográfica periódica.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

¹⁹ O estudo "Paracetamol use during pregnancy – a call for precautionary action" foi publicado na revista "Nature Reviews Endocrinology" em 2021 e é um artigo de revisão que analisa as evidências disponíveis sobre o uso de paracetamol durante a gravidez e seus potenciais efeitos adversos. Bauer et al. destacam que o paracetamol é frequentemente recomendado como uma opção segura para o alívio da dor durante a gravidez, mas que existem preocupações crescentes sobre seus efeitos hormonais e reprodutivos. Os autores realizaram uma revisão de estudos epidemiológicos e experimentais que sugerem que o paracetamol pode interferir na função hormonal, aumentar o risco de problemas reprodutivos e urogenitais em crianças e afetar o desenvolvimento do sistema nervoso. Como conclusão, os autores afirmam que, embora mais pesquisas sejam necessárias para estabelecer uma relação definitiva entre o uso de paracetamol durante a gravidez e os efeitos adversos na saúde, a evidência atual é preocupante o suficiente para justificar a precaução. Para além disso, fazem um apelo para que medidas sejam tomadas para reduzir o uso desnecessário de paracetamol durante a gravidez e promover a consciencialização dos riscos potenciais associados ao seu uso (Bauer et al., 2021).

Foco de atenção: Conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido.

Dados Relevantes para o Diagnóstico

Maria encontra-se internada às 35 semanas por quadro de contrações uterinas regulares e sangramento vaginal leve.

Diagnóstico médico de ameaça de parto pré-termo, confirmado por encurtamento do colo uterino observado em avaliação obstétrica.

Durante a conversa inicial, ambos revelaram não ter conhecimento aprofundado sobre as potenciais implicações de um parto pré-termo, nem sobre os cuidados especiais que um recém-nascido prematuro poderá exigir.

Maria referiu: “Se não fosse pelo sangramento, nem teria vindo tão cedo... pensei que fosse normal.”

Ambos demonstraram dúvidas sobre os sinais que indicam necessidade de vigilância neonatal redobrada, caso o parto ocorra nas próximas semanas ou dias.

Foi realizada a pergunta orientadora: “Se o seu bebé nascer nos próximos dias, é possível que tenha características diferentes de um recém-nascido de termo, como a pele mais fina, pouco peso ou dificuldades em mamar. Já ouviu falar dessas diferenças? O que imagina que poderá ser diferente ou que cuidados poderá precisar um bebé que nasça antes do tempo?”.

Maria escutou com atenção e respondeu: “Nunca pensei muito nisso, mas quero saber como o posso ajudar se nascer antes do tempo”, evidenciando

interesse em aprender, colocando questões e mantendo uma postura recetiva e colaborativa. O Pedro concordou com a Maria.

A relação de confiança construída permitiu abordar de forma educativa e empática o tema da prematuridade e as implicações para a saúde neonatal.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido

Objetivos:

- Adotar medidas adequadas de manutenção da temperatura corporal do recém-nascido.
- Seguir corretamente o esquema de consultas de vigilância infantil, reconhecendo a importância acrescida em bebés prematuros.
- Reconhecer os achados normais e os sinais de alerta mais frequentes no recém-nascido prematuro.
- Procurar apoio profissional de saúde de forma atempada perante sinais de risco.

Intervenções:

Ensinar sobre promoção da saúde e vigilância do recém-nascido.

Ensinar sobre sinais de alerta no recém-nascido.

Atividades que concretizam as intervenções:

16h30: Estabelecimento da relação terapêutica

Durante a avaliação de sinais vitais e registo cardiotocográfico, iniciou-se uma conversa exploratória sobre a percepção do casal relativamente ao recém-nascido.

Foi introduzida a questão orientadora: “Um recém-nascido poderá apresentar características próprias, por exemplo na pele, na cabeça... tem ideia do que pode ser normal? E em relação ao peso, o que espera que aconteça?”

Maria admitiu não saber ao certo; Pedro acrescentou: “Eu pensava que todos os bebés eram mais ou menos iguais.”

17h00 Sessão educativa: promoção da saúde e vigilância.

Explicados os cuidados gerais e as particularidades do prematuro (Silveira & Procianoy, 2022)²⁰:

- Sinais de frio e calor: maior vulnerabilidade à hipotermia; importância do contacto pele a pele, uso de gorro e roupa quente adequada.

²⁰ Estas alterações são características documentadas em recém-nascidos pré-termo, resultantes da sua imaturidade (Silveira & Procianoy, 2022),

- Consultas de vigilância infantil: necessidade de seguimento precoce e frequente (Silveira & Procianoy, 2022).
- Regurgitação: explicada como achado comum, mas diferenciada de vómitos frequentes/dificuldade alimentar no prematuro.
- Eliminação intestinal e urinária: esclarecidos padrões normais e alterações mais frequentes em prematuros (como atraso na eliminação do mecónio, maior irregularidade no trânsito intestinal, débito urinário reduzido nas primeiras horas e urina mais diluída devido à imaturidade renal.
- Achados cutâneos normais: descamação, manchas transitórias, diferenciando-os de sinais de infeção (Kanti & Schürer, 2023).
- Coloração ictérica: frequente em prematuros, necessidade de atenção e procura precoce de cuidados.

Maria verbalizou: “Assim percebo melhor o que pode ser normal e o que é perigoso. Fico mais segura se acontecer.”

Pedro comentou: “É bom saber isto já, porque senão ia pensar que estava tudo normal quando não estava.”

17h40: Sessão educativa: sinais de alerta

- Perda de peso >10% ou dificuldade em recuperar peso.
- Icterícia intensa ou precoce.
- Letargia, sucção fraca, dificuldade em acordar para mamar.
- Alterações respiratórias (taquipneia, apneias).

Foi reforçado que, perante qualquer um destes sinais, deverão procurar apoio imediato.

18h10 Registo no processo clínico

Registada a atividade, salientando que Maria e Pedro demonstraram compreensão, interesse e capacidade para identificar sinais normais e sinais de alerta, reforçando o empoderamento parental face à possibilidade de parto prematuro.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido.

Dados Relevantes para o Diagnóstico:

Internamento de Maria às 35 semanas por ameaça de parto pré-termo.

Alta probabilidade de nascimento de um recém-nascido prematuro, cuja evolução ponderal poderá ser diferente da de um bebé de termo.

Foi realizada a questão orientadora: As curvas de crescimento ajudam a acompanhar a evolução do peso, do comprimento e do perímetro cefálico do recém-nascido. Tem ideia do que significam? Se lhe dissessem que o bebé está no percentil 60 em relação ao peso, como interpretaria esse dado?

Pedro mostrou-se preocupado com a alimentação e ganho de peso do bebé, perguntando: “Como é que vamos perceber se ele está a engordar bem? Não sei nada sobre percentis”

Maria verbalizou dúvidas: “Não sei se um bebé prematuro cresce ao mesmo ritmo que os outros.”

Ambos demonstraram interesse e disponibilidade em aprender, com postura atenta e colaborativa.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre crescimento do recém-nascido

Objetivos:

- Compreender os parâmetros antropométricos nas curvas de percentis
- Reconhecer os padrões normais de crescimento em recém-nascidos de termo e pré-termo.
- Identificar estratégias que promovam o crescimento adequado (amamentação, vigilância regular, acompanhamento em consultas).
- Atuar caso o recém-nascido apresente uma diminuição do peso

Intervenções:

Ensinar sobre crescimento esperado no recém-nascido pré-termo e de termo.

Ensinar sobre importância da vigilância do peso, estatura e perímetro cefálico.

Ensinar sobre estratégias de promoção do crescimento adequado.

Atividades que concretizam as intervenções

16h45 Durante a monitorização fetal, iniciou-se diálogo informal sobre preocupações relativamente ao bebé.

Esclarecido que, nos primeiros dias, é normal uma perda de peso até 10%, mas que a recuperação deverá ocorrer até cerca da segunda semana²¹.

17h15 Explicar esquema de consultas de vigilância infantil e a interpretação das curvas de percentis.

Foi detalhado que os bebés devem ser avaliados com maior frequência, especialmente os prematuros: consultas semanais no início, passando depois a mensais.

²¹ Na primeira semana é esperado que se verifique uma perda de peso, tendo em consideração o peso ao nascer, devido ao facto de o recém-nascido fazer uso das reservas de gordura e de água que armazenou durante a vida intrauterina para compensar o baixo teor de açúcar e gordura presentes no colostro. A partir dessa altura, começam a recuperar o peso que tinham ao nascimento entre o 15-21.º de idade. Há alguns fatores que podem influenciar a perda e a recuperação do peso do bebé, por exemplo o tipo de parto e o tipo de leite –se materno ou adaptado. Os bebés que nascem por parto vaginal não perdem tanto peso, do que, aqueles que nascem por cesariana. Tal acontece, porque a cesariana tem como consequência um atraso na subida de leite. (Cardoso et al. 2023).

Foi explicado que as curvas de percentis representam a evolução esperada do peso, altura e perímetro cefálico ao longo dos meses/ anos e, que cada criança nasce com certas características antropométricas que expressam a sua tendência nas curvas de percentis, em relação ao parâmetro específico e à comparação entre os diferentes parâmetros. Para facilitar a compreensão do conceito foi usado um exemplo: "Se o bebé nasce com peso correspondente ao percentil 15 ou num percentil baixo, não quer dizer necessariamente que esteja com falta de peso, o percentil apenas representa que, a cada 100 bebés da mesma idade e do mesmo sexo, 85 apresentam um peso superior e 14 inferior".

Pedro mostrou interesse e questionou: "E teremos de ir mais vezes ao centro de saúde?" ao que foi respondido afirmativamente, reforçando a importância do seguimento.

17h45: Ensinar estratégias para promoção do crescimento.

Reforçada a importância da amamentação como fator protetor e promotor do desenvolvimento.

Esclarecido que, caso seja necessária a introdução de suplemento, será sempre avaliado em conjunto com a equipa de saúde, respeitando o plano familiar.

Foram ainda sugeridas medidas práticas, como favorecer o contacto pele a pele, promover um ambiente tranquilo durante as mamadas e vigiar sinais de cansaço no bebé.

18h00: Registo no processo clínico da atividade realizada, destacando que Maria e Pedro se mostraram participativos e interessados, com boa compreensão do tema.

Síntese do caso:

O acompanhamento da utente Maria, internada na Unidade de Grávidas de Risco às 35 semanas por quadro de contrações uterinas regulares, sangramento vaginal leve e colo curto, proporcionou uma oportunidade concreta de aplicar os princípios dos modelos de cuidados centrados na mulher, tal como preconizados pelas políticas nacionais e internacionais.

Este caso permitiu-me desenvolver intervenções fundamentadas nas GoBP de Adaptação à Gravidez e à Parentalidade, especialmente no domínio da promoção do conhecimento sobre sinais de complicações, assim como na promoção do conhecimento sobre crescimento do recém-nascido e na preparação emocional para o acompanhamento paterno/materno no contexto da prematuridade.

A seleção dos diagnósticos fundamentou-se não apenas em dados clínicos, mas também na aplicação das questões orientadoras propostas pelas GoBP, o que possibilitou a condução de diálogos clínicos estruturados. Essa abordagem favoreceu tanto o esclarecimento de dúvidas quanto a intensificação da vigilância, especialmente no acompanhamento do recém-nascido prematuro.

As atividades foram delineadas de forma objetiva, respeitando o tempo e a realidade da unidade, o que reforçou a aplicabilidade prática dos conhecimentos adquiridos.

A atuação enquanto EEESMO centrou-se na escuta ativa, na construção de confiança e no reforço da autonomia da grávida e da sua pessoa significativa. A experiência permitiu consolidar competências específicas previstas no Regulamento n.º 127/2011, como a promoção da tomada de decisão informada (H3.1.1) e a intervenção precoce em situações de risco (H3.2.2).

Este caso reforçou a importância de implementar um modelo de cuidados centrado na mulher e na sua realidade individual e familiar, demonstrando que princípios como a autonomia, o respeito pelas escolhas e o envolvimento da família, podem ser integrados em qualquer contexto assistencial, incluindo numa unidade de gravidez de risco.

Além disso, a intervenção teve por base os princípios éticos e legais em vigor. A Lei n.º 33/2023 reforça que a grávida é detentora da última palavra sobre qualquer intervenção que envolva o seu corpo, o que fundamenta não apenas a escuta ativa, mas o respeito pela autonomia em todas as fases do acompanhamento. A OMS (2022) também reconhece o papel da EEESMO como profissional-chave na garantia de uma experiência positiva durante o pré-natal e o parto, com cuidados contínuos, respeitadores e culturalmente sensíveis.

A nível pessoal, este caso teve ainda um impacto especial por refletir aspetos da minha própria vivência e percurso. Escolher nomes fictícios da minha família reforçou o envolvimento emocional com cada história e tornou o processo de aprendizagem mais próximo, mais humano. Confirmou-me a importância de cuidar com empatia, profissionalismo e respeito por cada contexto.

Em síntese, este acompanhamento contribuiu de forma significativa para a consolidação da minha identidade como futura EEESMO, reforçando o compromisso com uma prática baseada em evidência, centrada na mulher e promotora de cuidados respeitadores e humanizados, pilares que sustentam a filosofia dos Centros de Parto Normal e que devem estar presentes em qualquer ambiente de cuidados.

Reflexão crítica sobre os cuidados prestados

A análise deste caso permitiu refletir não apenas sobre a vigilância clínica de uma grávida em risco de parto pré-termo, mas também sobre alternativas inovadoras de acompanhamento baseadas na evidência científica mais recente.

No plano técnico, reforçou-se a importância do papel da EEESMO na monitorização contínua da grávida e na preparação para a eventualidade do nascimento de um recém-nascido prematuro.

Contudo, as orientações atuais da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022) e da Direção Geral da Saúde (DGS, 2023) indicam que o internamento prolongado nem sempre é indispensável. Em situações clinicamente estáveis, pode considerar-se o seguimento em regime domiciliário ou ambulatório, desde que exista vigilância estruturada (Diário da República, 2023).

Neste contexto, os avanços da telemedicina assumem especial relevância. Para além da monitorização cardiotocográfica domiciliária, a literatura recente aponta outros recursos úteis para grávidas em risco, tais como a monitorização remota global, a medição da pressão arterial, o uso de Doppler domiciliário, a automedicação da altura uterina (altura fúndica-sinfisial) e a teleultrassonografia. Estes instrumentos permitem aumentar a segurança da grávida fora do hospital, reduzir deslocações e custos e promover maior conforto e autonomia (Atkinson et al., 2023).

Estudos internacionais apoiam esta abordagem. Uma investigação retrospectiva realizada com 400 mulheres concluiu que o monitoramento domiciliar, incluindo autovigilância remota do bem-estar fetal e materno em gestações de risco intermédio e elevado, pode constituir uma alternativa viável à vigilância hospitalar ou às consultas presenciais frequentes. O estudo destaca ainda que a implementação deste modelo envolveu formação

específica dos profissionais de saúde e a inscrição das utentes com esclarecimento prévio de expectativas e responsabilidades, fatores considerados essenciais para o sucesso dos resultados (Zizzo et al., 2021).

Outro estudo sobre o uso de cardiotocografia domiciliária em gravidezes de risco concluiu que esta prática é viável, melhora a satisfação materna, reduz as deslocações ao hospital e não compromete a segurança fetal. Estes dados sugerem que a integração de tecnologias de telemonitorização pode contribuir para um modelo de cuidados mais humanizado, seguro e eficiente (Olesiak-Andryszczak et al., 2025).

Importa, contudo, sublinhar que estas alternativas não substituem a vigilância hospitalar em situações de risco elevado, mas oferecem uma oportunidade de flexibilizar os cuidados, respeitando as necessidades individuais da mulher e da família. A criação de redes de apoio, de grupos educativos para grávidas em risco e a integração dos familiares no processo podem igualmente representar recursos fundamentais para reduzir a ansiedade e promover uma vivência mais positiva da gravidez.

Assim, este caso permitiu-me compreender que a assistência em contextos de risco não deve limitar-se ao internamento hospitalar, mas deve incluir soluções inovadoras e baseadas na melhor evidência, assegurando cuidados centrados na mulher e promovendo a sua segurança, autonomia e bem-estar.

4. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Durante os meus estágios no internamento de grávidas e nas salas de parto convencionais, confrontei-me com limitações claras do modelo biomédico predominante. Apesar de garantir segurança clínica, o ambiente físico destes espaços revelava-se frequentemente impessoal, padronizado e pouco favorável à vivência positiva do parto. Ao mesmo tempo, através de webinars, documentários, podcasts e leituras, tive contacto com descrições e imagens de modelos alternativos, como os CPN e as salas multissensoriais, concebidos para apoiar a fisiologia, a autonomia e o bem-estar da mulher.

Na condição de futura mãe, observo com admiração os contextos em que as mulheres podem escolher ambientes centrados nelas, acolhedores e favoráveis à intimidade e à liberdade de movimento. Tais condições contribuem para que o parto seja vivenciado como um processo fisiológico e transformador. Acredito firmemente que todas as mulheres deveriam ter o direito de escolher onde e como parir, incluindo a possibilidade de aceder a espaços concebidos segundo os princípios da *healing architecture*, que têm demonstrado impacto positivo não apenas nos resultados clínicos, mas também na memória emocional do parto.

A revisão Cochrane de Hodnett, Downe e Walsh (2012) sintetiza evidência mostrando que ambientes alternativos de parto se associam a menos intervenções médicas e maior satisfação materna, reforçando a relevância do contexto físico.

Segundo a literatura, os CPN surgiram como alternativa estruturada ao modelo hospitalar altamente medicalizado, ganhando expressão a partir da década de 1970 no Reino Unido, em paralelo com movimentos sociais que reivindicavam a humanização do parto e a valorização da fisiologia. O Relatório Winterton (1992), elaborado pelo Parlamento britânico, foi

considerado um marco, ao recomendar a expansão de unidades lideradas por EEESMO para partos de baixo risco (Walsh & Devane, 2012; Sandall et al., 2016).

Uma revisão Cochrane de larga escala confirmou que os modelos liderados por EEESMO, incluindo unidades de parto e continuidade de cuidados, estão associados a maior satisfação materna, menor recurso a intervenções médicas e resultados neonatais semelhantes aos modelos convencionais (Sandall et al., 2016).

No Reino Unido, estas unidades subdividem-se em Alongside Midwifery Units (AMU), localizadas dentro ou junto a hospitais, e Freestanding Midwifery Units (FMU), situadas fora de hospitais, mas integradas em redes de referência. A experiência britânica serviu de base para a disseminação de modelos semelhantes em outros países europeus, como Holanda, Suécia e Dinamarca, e mais recentemente em Espanha. Em França, a implementação de unidades lideradas por EEESMOs foi avaliada num estudo nacional que demonstrou segurança maternofetal e transferências adequadas, confirmando a viabilidade do modelo no contexto europeu (Chantry et al., 2025).

Estudos extra-europeus, como o projeto MANA²² nos Estados Unidos, reforçam a segurança do modelo liderado por EEESMO em partos de baixo risco, ainda que em contextos regulatórios distintos (Cheyney et al., 2014).

²² O Midwives Alliance of North America Statistics Project (MANA Stats) corresponde a uma base de dados prospetiva que recolheu informação clínica de partos planeados fora do hospital nos Estados Unidos entre 2004 e 2009, abrangendo mais de 16.000 casos. O projeto foi concebido para monitorizar resultados maternos e neonatais em contextos liderados por EEESMO, permitindo caracterizar taxas de intervenção, transferências e segurança perinatal em gestações de baixo risco. Embora inserido num enquadramento regulatório diferente do europeu, constitui uma das maiores coortes de partos planeados fora do hospital disponíveis internacionalmente.

De acordo com a OMS (2018, 2024) e com diretrizes europeias (NICE, 2014; Renfrew et al., 2014), os CPN devem reunir características específicas:

- Ambiente físico humanizado e acolhedor, com quartos concebidos para apoiar a fisiologia do parto (iluminação suave, cores tranquilas, mobiliário adaptável, espaço para movimento, presença de acompanhante).
- Modelo de cuidados centrado na mulher, com continuidade assegurada por EEESMO, comunicação clara e respeito pelas preferências da grávida.
- Integração funcional com hospitais de referência, garantindo transferência célere sempre que necessário.
- Promoção ativa da autonomia feminina e da satisfação materna, reduzindo intervenções desnecessárias sem comprometer a segurança materno-infantil.

Além disso, uma revisão Cochrane clássica confirma mais uma vez que modelos liderados por EEESMO, em comparação com os hospitalares convencionais, estão associados a menos intervenções médicas e maior satisfação materna (Hatem et al., 2008).

Complementarmente, a revisão europeia sobre padrões para Midwifery Units reforça estes princípios, propondo critérios de qualidade, governança e continuidade dos cuidados como pilares fundamentais (Rayment et al., 2020).

O acesso a estas unidades é geralmente reservado a mulheres com gravidez de baixo risco, em que se espera um parto vaginal espontâneo e

fisiológico. Entre os critérios de elegibilidade habitualmente definidos encontram-se (NICE, 2014; Scarf et al., 2018):

- gestação única
- apresentação cefálica
- ausência de doenças maternas graves
- ausência de complicações obstétricas relevantes (como placenta prévia, hipertensão grave, diabetes não controlada)
- idade gestacional entre 37 e 41 semanas
- ausência de contraindicações médicas identificadas

Apesar destes critérios claros, a literatura descreve barreiras de acesso às unidades alongside, frequentemente relacionadas com informação insuficiente às mulheres e com práticas organizacionais restritivas (Rayment et al., 2019).

Foi nesta reflexão que surgiu a motivação para aprofundar o estudo dos CPN como modelo de cuidados centrados na mulher e analisar, através da literatura, os seus contributos para a humanização do parto e para os ganhos em saúde materno-infantis.

4.1. *Objetivos da revisão integrativa*

Objetivo geral:

Explorar a literatura disponível sobre os Centros de Parto Normal (CPN) e modelos de cuidados liderados por EEESMO.

Objetivos específicos:

- Identificar aspetos abordados na literatura relativamente aos resultados materno-infantis e à experiência da mulher.
- Identificar intervenções e práticas promotoras do parto fisiológico.
- Explorar o contributo do ambiente físico e do design (²³*healing architecture*) na experiência e nos resultados clínicos.
- Compreender as contribuições descritas sobre o papel do EEESMO neste modelo de cuidados.
- Identificar barreiras e facilitadores à implementação de CPN no contexto ibérico (Portugal e Espanha).

²³ Healing architecture: Conceito de planeamento arquitetónico aplicado à saúde, que procura criar ambientes físicos acolhedores e restauradores, integrando luz natural, cores suaves, privacidade e flexibilidade do espaço, com impacto positivo na experiência e nos resultados clínicos (Ulrich, 1991; Goldkuhl et al., 2023).

4.2 Metodologia

Segundo ²⁴Whittemore e Knafl, a revisão integrativa permite reunir criticamente e compreender resultados de estudos com diferentes abordagens metodológicas, oferecendo uma compreensão abrangente do fenómeno em análise e seguindo etapas sistemáticas desde a formulação do problema até à síntese e apresentação dos dados. (Whittemore & Knafl, 2005). Este tipo de revisão segue etapas sistemáticas, que incluem:

1. Formulação do problema
2. Procura da literatura
3. Avaliação dos dados
4. Análise
5. Síntese e apresentação

No presente relatório, optou-se por esta metodologia por ser a mais adequada para explorar o estado atual do conhecimento sobre os CPN e unidades lideradas por EEESMO, identificando contributos, lacunas e implicações para a prática. A análise dos dados foi conduzida de forma narrativa e temática, dada a heterogeneidade dos estudos incluídos.

Além disso, revisões recentes sobre teorias e modelos de cuidados em enfermagem de saúde materna evidenciam a necessidade de integrar perspetivas diversas (biomédicas, sociais, salutogénicas) para uma compreensão abrangente dos fenómenos de parto e nascimento (Bäckström

²⁴ Whittemore & Knafl (2005): um dos referenciais metodológicos mais citados para revisões integrativas em enfermagem.

et al., 2022; Fontein-Kuipers et al., 2020). Estas sínteses permitem enquadrar o presente trabalho dentro de um corpo teórico europeu mais alargado.

A pergunta orientadora definida foi: O que a literatura descreve sobre os resultados materno-infantis e a experiência do parto em Centros de Parto Normal e unidades lideradas por EEESMO, no contexto europeu?

Embora o uso da estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) seja habitualmente associado às scoping reviews, neste trabalho optou-se por recorrer a este enquadramento de forma adaptada, com o objetivo principal de aprendizagem:

- População (P): mulheres grávidas de baixo risco
- Conceito (C): cuidados em CPN/unidades lideradas por EEESMO
- Contexto (C): comparação com unidades hospitalares convencionais.

A definição da pergunta orientadora segundo o PCC permitiu exercitar a capacidade de delimitar o foco da revisão, identificar conceitos-chave e estruturar a pesquisa de literatura de forma mais organizada. Assim, a utilização do PCC não teve como finalidade cumprir rigorosamente a metodologia de uma scoping review, mas sim apoiar o desenvolvimento das competências de pesquisa e análise crítica que se pretendem no âmbito de uma revisão integrativa.

A definição de critérios de inclusão e exclusão é fundamental para assegurar a representatividade e a credibilidade dos resultados de uma revisão integrativa (Souza et al., 2010; Mendes et al., 2018). Estes critérios

orientam o processo de seleção, permitindo a transparência metodológica, a reprodutibilidade e a redução do viés associado à escolha dos estudos.

Para esta revisão integrativa foram definidos critérios de inclusão e exclusão de forma a orientar a pesquisa e a seleção dos estudos.

Critérios de inclusão:

- Estudos empíricos originais realizados em contexto europeu.
- Publicados entre 2015 e 2025.
- População: grávidas de baixo risco.
- Contexto: Centros de Parto Normal (CPN) ou unidades lideradas por EEESMO.
- Resultados reportados: maternos, neonatais, experiência da mulher/da família ou contributos para a prática profissional.
- Artigos disponíveis em texto integral em português, espanhol ou inglês.

Critérios de exclusão:

- Estudos fora do período definido ou realizados fora da Europa.
- Revisões, editoriais, opiniões, protocolos sem resultados ou documentos normativos sem dados empíricos.

- Estudos fora do período definido ou realizados fora do contexto europeu.
- Revisões, editoriais, opiniões, protocolos sem resultados ou documentos normativos sem dados empíricos.

Estratégia de pesquisa:

A pesquisa bibliográfica foi realizada em diferentes bases de dados internacionais, recorrendo a combinações de descritores e operadores booleanos de forma a orientar a identificação dos estudos mais relevantes.

Foram testadas várias combinações de termos:

- Bloco 1: ("birth center") AND ("woman-centered care" OR "respectful care" OR "midwifery model") AND ("maternal outcomes" OR "neonatal outcomes" OR "birth experience").

Dos primeiros 100 resultados, foram selecionados 29 artigos para leitura inicial.

- Bloco 2: ("birth center" OR "midwifery unit") AND ("birth environment" OR "healing architecture" OR "design" OR "ambient") AND ("maternal experience").

Dos primeiros 100 resultados, foram selecionados 16 artigos, dos quais derivaram os seis estudos finais incluídos na revisão.

- Bloco 3: ("birth center" OR "midwifery-led care" OR "barriers" OR "facilitators" OR "policy") AND ("Europe" OR "Portugal").

Após leitura dos primeiros 60 resultados, verificou-se que a estratégia não se adequava aos objetivos definidos, não tendo sido incluído nenhum artigo elegível.

- Bloco 4: ("midwifery-led care" OR "birth center") AND ("barriers to implementation" OR "health policy") AND ("Southern Europe" OR "Portugal" OR "Spain").

Dos primeiros 20 resultados, apenas um artigo foi inicialmente selecionado, mas acabou por não ser incluído na síntese final.

- Bloco 5: ("midwifery-led care" OR "birth center") AND ("midwives' experience" OR "professional autonomy" OR "job satisfaction" OR "working conditions") AND ("Europe").

Dos primeiros 20 resultados, foram identificados dois artigos de interesse parcial, utilizados apenas para enquadramento teórico.

A síntese final desta revisão integra exclusivamente seis estudos europeus identificados através da estratégia do Bloco 2, por se adequarem melhor aos objetivos e critérios definidos. As restantes buscas serviram apenas como apoio contextual e não foram incluídas na contagem de estudos analisados.

As bases de dados consultadas foram: CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate, MedicLatina, eBook Collections (EBSCOhost) e Psychology and Behavioral Sciences Collection. Complementarmente, foram consultados documentos institucionais (OMS/WHO, DGS, OE, GoBP) e materiais de apoio (webinars, podcasts, documentários), utilizados apenas como enquadramento conceptual e não como fontes empíricas.

Seleção e extração de dados

A triagem dos estudos foi realizada por título e resumo, seguida de leitura integral e extração estruturada das informações principais: autor, ano, país, desenho metodológico, amostra, definição de baixo risco, características do ambiente físico, resultados maternos e neonatais, indicadores de experiência e menções a transferências.

A análise foi de natureza narrativa e temática, procurando identificar convergências e particularidades entre os estudos incluídos. Dada a diversidade metodológica, optou-se por uma apreciação descritiva, valorizando a clareza metodológica e a relevância para o tema, sem aplicação de grelhas quantitativas de avaliação.

No total, foram identificados cerca de 300 registos. Após a remoção manual de duplicados e exclusão por título, resumo, idioma ou contexto não comparável, 48 artigos foram avaliados em texto integral. Destes, 42 foram excluídos por não contribuírem diretamente para os objetivos (foco insuficiente nos Centros de Parto Normal, ausência de dados empíricos ou contextos não comparáveis). Assim, seis artigos foram incluídos na revisão final, por responderem de forma mais adequada aos critérios de inclusão e aos objetivos definidos.

Limitações da revisão

Esta revisão integrativa incluiu estudos com diferentes metodologias. A apreciação dos estudos foi feita de forma descritiva, valorizando a clareza metodológica e a relevância para o tema.

Entre as principais limitações identificadas estão a variabilidade nas definições utilizadas (AMU, FMU, CPN), as diferenças contextuais entre países e o possível viés de publicação. Para organizar a seleção dos artigos recorreu-se a uma descrição em etapas sucessivas, apresentada de forma adaptada num fluxograma simplificado (ver Figura 1).

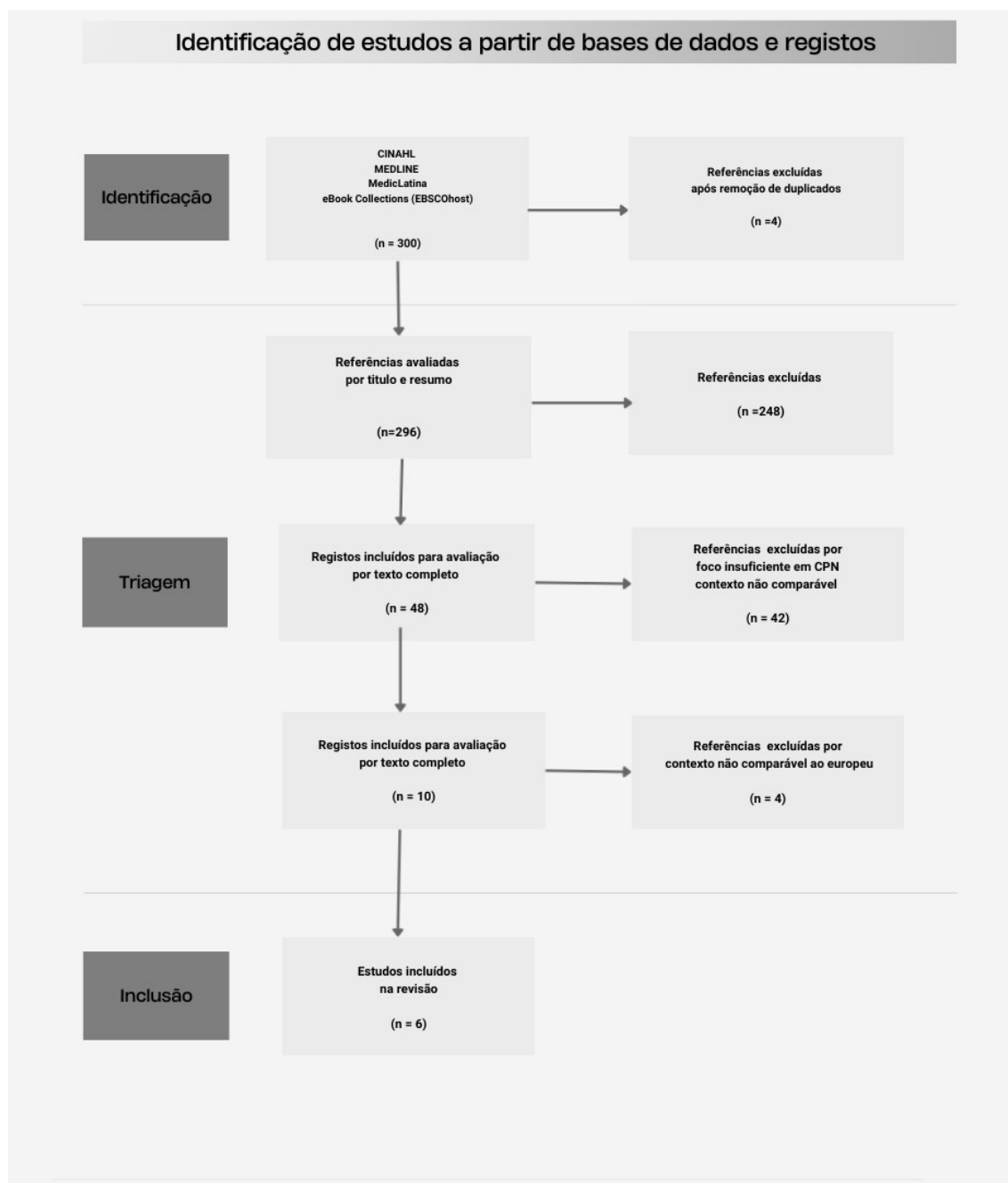


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos.

4.3 Resultados

Cada artigo foi lido na íntegra, tendo sido extraídos os dados considerados mais relevantes para os objetivos da revisão: resultados maternos e neonatais, experiência da mulher e do/a acompanhante, contributo do ambiente físico e implicações para a prática profissional. Para apoiar a leitura comparativa, foram elaboradas tabelas de síntese (Anexos I e II), nas quais se organizam as principais características dos estudos, ano, país, desenho metodológico, amostra e principais achados. Embora as grelhas de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI, 2017) tenham sido consultadas como referência metodológica para compreender a estrutura dos estudos, não foi realizada uma avaliação formal de qualidade, dado que tal não se enquadra no desenho de revisão integrativa. Assim, os elementos principais de cada artigo foram apenas sintetizados e apresentados em formato descritivo (ver Anexo III).

A análise seguiu uma abordagem narrativa e temática, permitindo identificar convergências, particularidades e lacunas entre os estudos, respeitando a diversidade dos desenhos metodológicos e contextos analisados.

No que respeita ao perfil das mulheres incluídas, observa-se que os estudos incidem, de forma consistente, sobre gravidezes de baixo risco e partos planeados em contextos liderados por EEESMO. De modo geral, os resultados apresentam coerência interna e apontam tendências semelhantes, ainda que persistam limitações relacionadas com o tamanho das amostras, a variabilidade das definições utilizadas (AMU, FMU, CPN) e as diferenças organizacionais entre países.

Importa referir que a definição de gravidez de baixo risco não é totalmente uniforme no contexto europeu. Alguns estudos incluem mulheres

fora dos limites etários habitualmente considerados (por exemplo, <25 ou >35 anos), desde que sem patologia materna relevante. Em Portugal, os Guias de Boas Práticas (GoBP Gravidez, 2023) definem como de baixo risco as gestações de termo (37–41 semanas), com feto único em apresentação cefálica e ausência de patologia materna significativa, excluindo habitualmente mulheres com idade >40 anos ou IMC >35, em conformidade com as recomendações NICE (2014).

Em Espanha, a Estrategia de Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad, 2010) adota critérios semelhantes, embora estudos recentes descrevam alguma flexibilidade na sua aplicação, permitindo a inclusão de mulheres com mais de 40 anos desde que sem patologia relevante (Pérez-Botella et al., 2018; Palau-Costafreda et al., 2023). Assim, embora os referenciais europeus apontem para critérios globalmente homogéneos, verifica-se diversidade na sua aplicação prática, aspeto que importa considerar na análise comparativa dos estudos.

Para facilitar a leitura e compreensão, os estudos são apresentados de forma cronológica, do mais antigo ao mais recente, respeitando também o país de origem. Esta opção permite acompanhar a evolução temporal do conhecimento e, em simultâneo, compreender as especificidades contextuais de cada sistema de saúde, favorecendo uma leitura integrada dos resultados.

1) Inglaterra – Barreiras de acesso às AMU (2019). (Ver Anexo II, Tabela 1)

Este estudo qualitativo multi-sítio explorou os percursos de mulheres e famílias no acesso às alongside midwifery units (AMU). Foram realizadas entrevistas e grupos focais com mulheres, acompanhantes e profissionais, identificando obstáculos estruturais como desigualdade regional na oferta,

critérios de elegibilidade demasiado restritivos e práticas de ²⁵gatekeeping na fase latente do trabalho de parto. A amostra incluiu também ²⁶stakeholders profissionais, o que permitiu captar não apenas a perspetiva das mulheres, mas igualmente a visão de decisores e profissionais envolvidos na organização dos cuidados, alargando a compreensão sobre barreiras e facilitadores institucionais.

Um achado central foi o impacto do modelo “opt-in”, no qual a mulher precisa pedir ativamente acesso à AMU, reduzindo a adesão; em contraste, estratégias “opt-out”, em que a admissão na AMU é padrão, salvo decisão em contrário, revelaram-se facilitadoras.

A conclusão sublinha que, sempre que as mulheres conseguem aceder às AMU, a satisfação e os resultados clínicos são superiores, mas é necessária transformação organizacional para ampliar esse acesso (Rayment, Rance, McCourt, & Sandall, 2019).

2) Polónia – Experiência materna em CPN vs. sala hospitalar (2019). (Ver Anexo II, Tabela 2).

Este estudo transversal analisou 200 mulheres com gravidez de baixo risco e parto de termo, entrevistadas entre 1–4 dias pós-parto, comparando experiências em centros de parto e ambiente hospitalar convencional. Algumas mulheres tinham menos de 25 anos e outras mais de

²⁵ Gatekeeping: decisões de admissão mediadas por médicos que reduzem a autonomia das mulheres e das EEESMOs.

²⁶ Stakeholders profissionais: atores institucionais diretamente implicados na conceção, gestão ou implementação de serviços de saúde, incluindo gestores hospitalares, decisores políticos, representantes da Ordem dos Enfermeiros, obstetras ou outros profissionais envolvidos na organização dos cuidados. ²⁹ O Mini-COPE é uma versão abreviada do COPE Inventory, desenvolvido por Carver et al. (1989) e posteriormente validado em diversos contextos (Carver, 1997), amplamente utilizado para avaliar estilos de coping em situações de stress.

35, vale a pena sublinhar que os critérios de “baixo risco” não são uniformes e que, neste estudo, englobaram uma amplitude etária alargada.

Critérios de inclusão: gravidez de baixo risco e parto de termo. Usaram-se questionários próprios sobre satisfação e expectativas e o ²⁹Mini-COPE (Ver Anexo IV, Escala 2), instrumento validado de avaliação das estratégias de coping, que permite identificar como as mulheres lidam com o stress e com as exigências emocionais do parto (Carver, 1997).

As mulheres que pariram em CPN referiram com maior frequência que o parto “correspondeu às expectativas” e manifestaram desejo de repetir o mesmo local numa gestação futura. Houve ainda melhores indicadores de coping subjetivo e sentimento de controlo. A robustez metodológica é limitada pelo carácter transversal e pelo tamanho da amostra, mas o estudo reforça a influência decisiva do ambiente físico e do modelo de cuidados na satisfação e no bemestar materno (Bączek et al., 2019).

3) **Suécia – Room4Birth RCT (2023).** (Ver Anexo II, Tabela 3)²⁷.

Ensaio clínico randomizado que incluiu 406 nulíparas em trabalho de parto espontâneo (quarto novo n=204; quarto convencional n=202). Critérios de exclusão: cesariana prévia, complicações médicas e múltiplos. Foram avaliadas a Visual Analogue Scale–Overall Childbirth Experience (VAS-OCE) (Ver Anexo IV, Escala 1), o Fear of Birth Scale (FOBS) (Ver Anexo IV, Escala 3) e a Childbirth Experience Questionnaire 2 (CEQ2) (Ver Anexo IV, Escala 4).

Resultados: o quarto com design centrado na fisiologia associou-se a melhor experiência global (VAS-OCE) aos 3 e 12 meses e a melhor CEQ2

²⁷ Todos os instrumentos mencionados estão disponíveis no ANEXO IV.

global, sobretudo no domínio “capacidade própria”. Conclui-se que a arquitetura do espaço exerce efeito prolongado na experiência, moldando memórias emocionais positivas e aumentando a satisfação materna até 1 ano pós-parto (Goldkuhl et al., 2023).

4) **Suécia – Papel do acompanhante (2023).** (Ver Anexo II, Tabela 4).

Trata-se de um estudo qualitativo que entrevistou 15 acompanhantes, sobretudo parceiros, mas também doulas e amigas (2 semanas a 6 meses pós-parto) sobre a experiência de apoiar a mulher em salas com design fisiológico.

Os resultados destacam que privacidade, iluminação suave e espaço para mobilidade aumentaram a confiança e a capacidade de dar apoio contínuo. Ambientes ruidosos ou restritivos levaram a retração (“não atraparhar”), diminuindo a eficácia do suporte.

O estudo conclui que pequenas mudanças arquitetônicas potenciam significativamente o papel do acompanhante e, por extensão, a experiência da mulher (Nilvér & Berg, 2023).

5) **França – Coorte nacional de MLBC (2018–2019; publicado 2025).** (Ver Anexo II, Tabela 5).

Estudo de coorte retrospectiva descritivo nacional (n=1313) envolvendo oito *midwife-led birth centres* (MLBC). As mulheres incluídas cumpriam critérios de baixo risco (99,3%), excluindo patologia obstétrica ou complicações médicas.

Resultados maternos: parto vaginal espontâneo em 90,8%, cesariana 2,6%, parto instrumental 6,6%; episiotomia 1,1%; hemorragia pós-parto grave 2,4%.

Neonatalmente, apenas 0,4% com Apgar <7 aos 5 minutos e um óbito.

Transferências: 21% intraparto e 5,8% pós-parto (sobretudo por hemorragia), mas ainda assim com baixa taxa de cesariana global.

O estudo conclui que os MLBC oferecem resultados maternos e neonatais seguros, com baixas taxas de intervenção, sustentando a sua expansão quando integrados em redes hospitalares com protocolos claros de transferência (Chantry et al., 2025).

6) Dinamarca – Perceções das EEESMO em salas multissensoriais (2025). (Ver Anexo II, Tabela 6).

Estudo qualitativo com 16 entrevistas a EEESMO em quatro salas de parto transformadas em ambientes multissensoriais (luz, som, vídeos de natureza, interiores domésticos). A análise temática mostrou que as profissionais experienciaram mais calma, maior sensação de segurança e orgulho no exercício da profissão. Reportaram ainda que a arquitetura sensorial permitia mais tempo de presença junto das mulheres, menos dependência da tecnologia e maior congruência com a fisiologia do parto. O artigo salienta que o ambiente multissensorial impacta não só a mulher, mas também as próprias EEESMOs em termos de autonomia e satisfação profissional.

A conclusão é que o design físico do espaço funciona como “agente cultural”, empoderando profissionais e reforçando práticas humanizadas (Eidhammer et al., 2025).

Assim, os seis estudos, apesar da heterogeneidade metodológica, formam um corpo coerente: as experiências maternas são melhores em CPN/AMU, os resultados clínicos mantêm-se seguros, e há ganhos adicionais para acompanhantes e equipas. Diferenças metodológicas (coorte nacional, ensaio clínico, qualitativos e transversal) conferem complementaridade, permitindo articular robustez estatística com riqueza interpretativa.

Para além da descrição individual dos estudos incluídos, apresentada anteriormente, os resultados foram organizados em seis categorias temáticas, de modo a favorecer a sua interpretação conjunta e a ligação à prática clínica. Estas categorias são: (1) Experiência materna e satisfação com o parto; (2) Papel do ambiente físico e da *healing architecture*; (3) Resultados clínicos e segurança; (4) Barreiras ao acesso; (5) Condições de trabalho das EEESMO; e (6) Papel do/a acompanhante. A leitura transversal destes eixos mostra que o ambiente e a organização dos cuidados atuam como determinantes comuns: quando a seleção é criteriosa, as vias de transferência são claras e o espaço favorece a fisiologia e a privacidade, verificam-se ganhos simultâneos na experiência da mulher, no envolvimento do/a acompanhante e na prática profissional das equipas, sem comprometer a segurança materno-infantil. Esta organização permite destacar que os modelos de cuidados em CPN não influenciam apenas a experiência subjetiva da mulher, mas também se refletem em desfechos clínicos, na dinâmica das equipas e na estrutura organizacional dos serviços. A seguir, sintetiza-se cada eixo, salientando convergências, nuances contextuais e implicações para a prática do/da EEESMO.

Os resultados são apresentados por categorias analíticas (experiência materna; ambiente físico; resultados clínicos; barreiras de

acesso; condições de trabalho das EEESMO; papel do/a acompanhante) e estão apoiados pela tabela de análise comparativa (ANEXO I) e pelas tabelas de síntese dos artigos (ANEXO II).

4.4. Síntese da revisão

A análise dos seis estudos incluídos permitiu explorar diferentes perspectivas sobre os Centros de Parto Normal (CPN) e as unidades lideradas por EEESMO. Em conjunto, os trabalhos sugerem benefícios consistentes associados a este modelo de cuidados, nomeadamente uma maior satisfação materna, a valorização do ambiente físico como elemento facilitador da fisiologia e do conforto, um menor recurso a intervenções clínicas em determinados contextos e impactos positivos na experiência dos acompanhantes e na motivação profissional das EEESMO.

Paralelamente, a literatura identifica alguns constrangimentos relacionados com o acesso e a implementação destes modelos, como critérios de elegibilidade restritivos, desigualdades regionais, práticas organizacionais de gatekeeping e dificuldades na harmonização terminológica e estrutural dos próprios modelos (AMU, FMU, CPN). Estes fatores condicionam a sua transferibilidade entre países e contextos (Bączek et al., 2019; Rayment et al., 2019; Goldkuhl et al., 2023; Nilvér & Berg, 2023; Eidhammer et al., 2025; Chantry et al., 2025).

Os estudos analisados recorrem a metodologias e contextos diversos, o que enriquece a compreensão global do fenómeno, mas não permite estabelecer comparações diretas nem formular recomendações conclusivas. Assim, esta síntese não pretende oferecer respostas definitivas, mas antes integrar e descrever criticamente os principais achados disponíveis, constituindo uma base de reflexão e um contributo para o

desenvolvimento de competências de investigação e análise crítica no âmbito da formação enquanto EEESMO.

- Experiência materna e satisfação com o parto

Os estudos incluídos descrevem que as mulheres acompanhadas em CPN/AMU relatam níveis mais elevados de satisfação, maior sensação de controlo e melhor capacidade de lidar com o stress quando comparadas com partos em salas convencionais.

Em contexto polaco, por exemplo, o local do parto foi associado a expectativas cumpridas e desejo de repetir a experiência (Bączek, et al., 2019). Já na Suécia, no ensaio Room4Birth, as participantes relataram uma experiência global mais positiva, medida por instrumentos validados como a VAS-OCE e a CEQ2, em quartos concebidos com design centrado na pessoa (Goldkuhl, et al., 2023).

Embora os desenhos metodológicos sejam diferentes, ambos os estudos sugerem que o ambiente físico desempenha um papel importante na vivência subjetiva do parto, influenciando a satisfação e a memória emocional da experiência.

- Papel do ambiente físico e “healing architecture”

Elementos como luz suave, possibilidade de mobilidade, mobiliário adaptável, espaço para o/a acompanhante e privacidade emergem como determinantes de experiências mais positivas e de um suporte mais eficaz.

As entrevistas com acompanhantes mostraram que quartos acolhedores facilitam proximidade e envolvimento, otimizando o papel de suporte; pelo contrário, espaços ruidosos e apertados levam a “não atraparhar” e a menor participação.

Na Dinamarca, as EEESMO descreveram transformação cultural com salas multissensoriais, relatando mais calma, segurança e orgulho profissional, com impacto na qualidade da assistência (Eidhammer, et al., 2025).

Em conjunto, estes achados sugerem que o ambiente físico não é apenas um enquadramento arquitetónico, mas parte integrante da experiência do parto e da prática profissional das EEESMO.

- Resultados clínicos e segurança.

A coorte nacional francesa (2018–2019, n=1313) evidenciou elevada adequação de seleção e baixas taxas de intervenção (p. ex., episiotomia 1,1%; cesariana 2,6%) e transferências intraparto 21% e pós-parto 5,8% (maioritariamente HPP), com bons resultados neonatais (Apgar <7 aos 5 min 0,4%, um óbito neonatal), sustentando a viabilidade e segurança dos MLBC no contexto europeu (Chantry, et al., 2025).

- Barreiras ao acesso

O estudo inglês analisou o acesso das mulheres às AMUs e identificou obstáculos estruturais e organizacionais: desigualdade regional na sua distribuição, critérios de elegibilidade demasiado restritivos e práticas de gatekeeping.

Além disso, verificou-se que a informação fornecida às mulheres sobre a possibilidade de escolha era frequentemente insuficiente.

Como estratégias facilitadoras, destacou-se o modelo opt-out, em que a admissão em AMU é a norma e só se muda mediante decisão explícita em contrário, e a comunicação proativa pelas EEESMO.

Apesar das barreiras, o estudo sublinha que, quando as mulheres têm acesso efetivo às AMU, os resultados clínicos e a satisfação são

superiores (Rayment, Rance, McCourt, & Sandall, 2019). Este achado dialoga diretamente com a coorte francesa (Chantry et al., 2025), que demonstrou segurança e bons desfechos, mas cuja generalização depende de garantir que as mulheres elegíveis cheguem efetivamente aos MLBC. A questão da seleção criteriosa das utentes, central no caso francês (99,3% de baixo risco), reforça o argumento britânico de que o acesso não deve ser bloqueado por filtros excessivos, mas sim regulado por critérios claros de risco.

- Condições de trabalho das EEESMO

O estudo qualitativo dinamarquês investigou as perceções das EEESMO que trabalhavam em salas multissensoriais (n=14 profissionais entrevistadas).

As participantes referiram que este tipo de ambiente reduzia significativamente o stress associado à monitorização tecnológica contínua, pois os recursos disponíveis favoreciam uma prática centrada na fisiologia. Além disso, relataram sentir maior motivação e satisfação no exercício profissional, descrevendo orgulho em oferecer cuidados inovadores e em linha com a evidência.

As EEESMO identificaram que a arquitetura sensorial lhes permitia estar mais presentes junto das mulheres, em vez de dispersas entre equipamentos, o que reforçava a relação de confiança e diminuía o risco de burnout. Estes resultados sugerem que o desenho físico das salas não influencia apenas a experiência materna, mas também a qualidade de vida laboral das equipas de saúde (Eidhammer, et al., 2025).

Estes resultados apontam para a possibilidade de o desenho físico das salas influenciar não apenas a experiência materna, mas também a qualidade de vida laboral das equipas de saúde.

- Papel do/a acompanhante

O estudo sueco, de natureza qualitativa, analisou as experiências de 15 acompanhantes presentes em partos ocorridos em salas com design adaptado à fisiologia.

Os resultados mostraram que a privacidade, a iluminação suave e a possibilidade de mobilidade influenciaram diretamente a confiança e a capacidade do acompanhante em prestar apoio. Muitos relataram que o espaço facilitava contacto físico contínuo (abraçar, massajar, estar próximo), o que lhes permitia sentir-se parte ativa do processo de parto. Também se destacou que um ambiente acolhedor diminuía a ansiedade do acompanhante, tornando-o mais disponível para encorajar e apoiar verbalmente a mulher.

O estudo conclui que o ambiente físico não só melhora a experiência da parturiente, mas também potencia a eficácia da rede de apoio, criando um círculo virtuoso entre segurança emocional e satisfação global com o parto (Nilvér, H., & Berg, M., 2023).

Para além da análise dos seis estudos incluídos no fluxograma, torna-se pertinente integrar estes achados no panorama ibérico e europeu recente, de modo a reforçar a sua relevância e transferibilidade para o contexto português.

4.4.1 Integração contextual

A criação do primeiro Centro de Parto Normal (CPN) do sistema público espanhol, inaugurado em 2017 na Catalunha, representou um marco histórico na introdução deste modelo em contextos mediterrânicos tradicionalmente mais medicalizados (Pérez-Botella et al., 2018). A avaliação dos primeiros cinco anos mostra redução de cesarianas (de

23,5% para 13,5% no hospital de referência) e aumento de partos vaginais espontâneos (de 64,2% para 78,7%), com baixa ocorrência de emergências e taxas de transferência comparáveis às reportadas em países com CPN consolidados. O encerramento do CPN no fim de 2022 associou-se a um retrocesso dos ganhos (subida de cesarianas e descida de partos espontâneos); com a reabertura em 2024, retomou-se a trajetória de melhoria, sublinham-se, assim, a dependência do enquadramento organizacional e a necessidade de apoio institucional contínuo para manter resultados positivos. A trajetória do primeiro CPN espanhol mostra como os ganhos obtidos, menor intervenção, maior taxa de partos vaginais espontâneos e elevada satisfação materna, dependem fortemente da estabilidade organizacional: a abertura em 2017 representou um marco, o encerramento em 2022 levou a retrocessos claros, e a reabertura em 2024 retomou a tendência positiva. (PalauCostafreda, et al., 2024) (Alcaraz Vidal, 2022).

Resultados complementares desta linha de investigação em Espanha (coorte retrospectiva em hospital público de elevada complexidade) corroboram que as unidades lideradas por EEESMO podem alcançar bons resultados maternos e neonatais quando integradas numa rede hospitalar, com protocolos de transferência claros e foco no parto fisiológico (Sánchez & Grupo de Investigación de la AMU de Cataluña, 2022).

Outros trabalhos espanhóis reforçam estes achados. O estudo qualitativo *Beyond the Numbers*, publicado em 2023 na plataforma medRxiv como pré-publicação (preprint ainda não revisto por pares), explora as experiências das mulheres em diferentes ambientes de parto em Espanha, reforçando a importância de contextos que respeitem a autonomia e a fisiologia do nascimento (Pérez-Botella & McCourt, 2023), destacou que a satisfação das mulheres dependia não apenas do modelo assistencial, mas também da coerência entre ambiente físico, filosofia de cuidados e participação ativa do/a acompanhante, achados que dialogam diretamente com o ensaio sueco *Room4Birth* (Goldkuhl et al., 2023) e com o estudo qualitativo sobre acompanhantes (Nilvér & Berg, 2023).

Por sua vez, a tesis doctoral de Alcaraz Vidal (2022)²⁸ sistematizou o impacto das AMU espanholas e ofereceu uma base conceptual relevante: argumenta que a introdução destas unidades deve ser vista como um processo de transformação cultural e institucional, e não apenas como uma mudança de espaço físico ou de protocolos clínicos, implicando a revisão das relações de poder entre obstetras e EEESMO, a redefinição do conceito de ³¹“baixo risco” e a valorização do ambiente arquitetónico como parte integrante do cuidado. A experiência espanhola sugere que a aplicação mais flexível dos critérios de baixo risco (incluindo mulheres >40 anos clinicamente saudáveis) não comprometeu a segurança materno-infantil, o que converge com a evidência europeia de que a seleção criteriosa é mais relevante do que limites rígidos de idade.

Em síntese, a evidência espanhola reforça as tendências europeias (menor intervenção, melhor experiência) e ilustra quão sensíveis estes ganhos são às decisões de política e gestão (modelo de acesso, estabilidade das equipas, financiamento e governança clínica) (Palau-Costafreda, et al., 2024).

²⁸ Alcaraz Vidal (2022) defende que o “baixo risco” deve ser entendido como um conceito relacional e organizacional, e não apenas biomédico: não depende só das características da mulher, mas também do modelo de cuidados disponível, da formação da equipa e da capacidade de resposta do sistema. Atendendo a:

- Condição clínica real da mulher no momento da admissão, e não apenas a fatores de risco estatísticos.
- Importância da autonomia da mulher e da sua capacidade de tomar decisões informadas sobre o lugar do parto.
- Critérios adaptativos que considerem a rede de segurança existente (p. ex., protocolos claros de transferência para o hospital, proximidade de unidades de referência), em vez de aplicar listas de exclusão demasiado amplas.
- Reconhecimento de que muitas mulheres classificadas como “de risco” no modelo hospitalar convencional podem, na prática, beneficiar-se de uma abordagem centrada na fisiologia em AMU/CPN, desde que haja vigilância competente e vias de transferência seguras.

4.4.2. Padrões europeus para Unidades de EEESMO

Para contextualizar os achados desta revisão num quadro organizacional mais amplo, apresentam-se referências internacionais frequentemente utilizadas na Europa para orientar critérios de elegibilidade, vias de transferência e ambiente físico.

Os Midwifery Unit Standards for Europe constituem uma referência técnica fundamental, estabelecendo critérios comuns que permitem harmonizar a qualidade dos cuidados em AMU e FMU, independentemente da diversidade organizacional dos países. Estes definem enquadramento técnico-organizacional para AMU (em contexto hospitalar) e FMU (fora do hospital):

- critérios de elegibilidade
- processos de admissão e transferência
- governação clínica
- recursos humanos (rácio e competências das EEESMO)
- ambiente físico (privacidade, espaço para mobilidade, possibilidade de água, controlo de luz/ruído/temperatura)
- continuidade de cuidados
- envolvimento da mulher/companheiro
- auditoria de resultados

Estes padrões reforçam que o ambiente físico não é um detalhe arquitetónico, mas parte integrante do cuidado, devendo garantir privacidade, mobilidade, possibilidade de uso de água e controlo de estímulos como luz, ruído e temperatura; e são referência útil para futuras implementações de

CPN no SNS, alinhando segurança, experiência e eficiência (Rayment, McCourt, & Sandall, Midwife-led units transforming maternity care globally., 2020).

No Reino Unido, o estudo Birthplace in England forneceu evidência robusta de segurança e benefícios dos partos planeados em AMU, FMU ou domicílio para mulheres de baixo risco, sustentando políticas de expansão deste modelo (Brocklehurst et al., 2011).

A experiência holandesa mostra como a definição clara do que constitui um centro de parto é fundamental para alinhar critérios de elegibilidade e governança clínica (Hermus et al., 2018). Além disso, na Dinamarca, um estudo de coorte evidenciou que mulheres de baixo risco acompanhadas em FMU tiveram menores taxas de intervenção e resultados neonatais equivalentes aos de unidades obstétricas convencionais (Overgaard et al., 2012).

Outro contributo central é a definição de mecanismos de governação clínica e auditoria regular dos resultados, assegurando que a segurança materno-infantil se mantém equivalente ou superior à dos contextos hospitalares convencionais.

Uma metasíntese qualitativa destaca que as mulheres valorizam o protagonismo feminino e a continuidade dos cuidados nas unidades lideradas por EEESMO (Walsh & Devane, 2012).

Em termos de síntese global, um relatório internacional recente sobre Midwife-led Units reforça evidência de menores intervenções, maior satisfação, segurança neonatal comparável e potenciais benefícios económicos (menor uso de recursos tecnológicos e estadas mais curtas), quando os critérios de elegibilidade e as vias de transferência estão bem definidos (Rayment, McCourt, & Sandall, Midwife-led units transforming maternity care globally., 2020).

Estes documentos não foram analisados como evidência empírica na presente revisão; a sua menção tem carácter contextual, ajudando a

compreender como diferentes sistemas organizam os cuidados e podem apoiar futuras implementações, sempre que adaptados às realidades locais.

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

A realização deste relatório e de todo o percurso de estágio constituiu uma experiência profundamente transformadora, tanto a nível pessoal como profissional. Representou não apenas a consolidação de competências técnicas, mas também o desenvolvimento de uma visão mais crítica, consciente e humana do papel da EEESMO.

Ao iniciar esta etapa, a minha percepção da profissão estava ainda fortemente associada ao ideal do nascimento como um momento belo e único. Contudo, ao longo do mestrado, compreendi que este trabalho exige também lidar com responsabilidade, complexidade e uma entrega constante à mulher em todas as fases da sua vida reprodutiva.

Uma das aprendizagens mais marcantes deste percurso foi a importância do ambiente físico no parto e no nascimento. Esta consciência emergiu sobretudo a partir da revisão integrativa desenvolvida neste relatório, onde aprofundei o impacto dos Centros de Parto Normal e das salas concebidas com design centrado na fisiologia. Embora não tenha realizado práticas diretamente num CPN, tive a oportunidade de integrar uma unidade hospitalar de referência, moderna e centrada na mulher, concebida para promover cuidados materno-infantis de excelência. Essa experiência, aliada ao estudo da literatura, mostrou-me que o espaço não é neutro: influencia o bem-estar, a percepção de segurança e até a memória emocional do parto.

Paralelamente, o percurso ensinou-me algo de enorme valor: a força das mulheres. Ao acompanhar diferentes partos, testemunhei a coragem e a determinação que emergem em momentos de vulnerabilidade. Compreendi que, mesmo quando surgem dúvidas ou medos, o corpo feminino possui uma sabedoria intrínseca que orienta o processo de parir. Foi inspirador perceber que o meu papel como EEESMO não é substituir essa força, mas potenciá-la, criando condições para que a mulher confie em si própria e viva o parto como uma experiência de empoderamento.

Os casos que acompanhei reforçaram ainda mais esta visão. Num deles, a ausência de acompanhante exigiu de mim uma presença mais ativa, tornando evidente que o suporte contínuo não é um detalhe, mas um fator essencial para a segurança emocional da parturiente. Noutro, a configuração pouco convencional da família demonstrou-me a importância de respeitar a diversidade dos contextos e das redes de apoio, reconhecendo que cada mulher deve poder escolher quem considera significativo neste momento. Aprendi que cuidar da mulher implica cuidar também do seu entorno, e que a humanização do parto passa por incluir, sem julgamentos, os vínculos que cada família traz consigo.

Outro desafio pessoal importante foi o facto de ser espanhola a realizar práticas em Portugal, sem dominar totalmente o idioma no início. Temi que essa barreira pudesse dificultar a comunicação com as mulheres e as suas famílias. Contudo, descobri que muitas vezes um gesto, um sorriso ou uma escuta atenta são linguagens universais que ultrapassam as palavras. Esta experiência fez-me valorizar ainda mais a empatia e a sensibilidade cultural como ferramentas fundamentais do cuidado, permitindo criar confiança mesmo em contextos de diferença linguística ou cultural.

Tive igualmente contacto com situações emocionalmente desafiantes, como o luto perinatal. Embora não faça parte dos casos apresentados neste relatório, esta vivência marcou-me profundamente e ensinou-me que a missão da EEESMO não se limita ao acompanhamento do parto fisiológico, mas estende-se também a momentos de perda e dor. Acompanhar famílias em tais circunstâncias exigiu de mim presença, silêncio e humanidade, mostrando-me que cuidar é também estar quando não há respostas clínicas possíveis.

Ao longo do estágio, percebi que a aprendizagem não se constrói num único momento de grande impacto, mas de forma gradual e contínua. O contacto diário com profissionais experientes, a observação das suas práticas e a integração progressiva do conhecimento teórico na prática clínica foram determinantes. Compreendi que transformar teoria em prática exige treino, reflexão e humildade para aprender continuamente — mas também percebi

como esse esforço se traduz diretamente no bem-estar das mulheres sob os nossos cuidados.

Sinto, no entanto, que a minha experiência prática se centrou sobretudo nas áreas da gravidez, do parto e do pós-parto imediato. Gostaria de ter tido mais oportunidades de intervir noutras dimensões igualmente importantes das competências da EEESMO, como a educação para a saúde sexual e o acompanhamento da mulher durante o climatério. Considero que estas áreas são fundamentais para garantir uma prática mais completa, holística e verdadeiramente centrada nas diferentes etapas do ciclo de vida feminino. São domínios que pretendo aprofundar futuramente, de modo a consolidar uma visão de cuidado mais abrangente.

Outro aspeto que merece destaque é o acompanhamento pedagógico durante o mestrado. A Escola Superior de Enfermagem do Porto demonstrou grande rigor na seleção de orientadoras alinhadas com a filosofia do curso e atualizadas na evidência científica. A proximidade e a orientação constantes foram determinantes para que me sentisse acompanhada e para que a minha prática clínica estivesse sempre sustentada nos princípios da ciência e da humanização. Este apoio deu-me confiança para enfrentar desafios e para assumir uma postura crítica, mas também proativa, na construção da minha identidade profissional.

Em síntese, esta etapa foi profundamente transformadora. Aprendi que ser EEESMO é unir ciência e humanidade, técnica e empatia, responsabilidade e proximidade. Reconheço que a profissão exige atualização contínua e que o compromisso com a prática baseada em evidência deve orientar o meu percurso. Mas também reconheço que, acima de tudo, o que marca a diferença no cuidado é a capacidade de estar presente, de respeitar a autonomia da mulher e de oferecer um acompanhamento genuinamente centrado nela e na sua família.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O percurso formativo vivido ao longo deste estágio profissional representou um processo de crescimento pessoal, académico e profissional. A diversidade de contextos clínicos permitiu não apenas consolidar conhecimentos técnicos, mas também desenvolver competências relacionais, reflexivas e de tomada de decisão, fundamentais para o exercício do EEESMO. A articulação entre teoria, prática e investigação revelou-se essencial na construção de uma identidade profissional mais autónoma, crítica e centrada na mulher.

Na unidade de gravidez com complicações, acompanhei mulheres cuja trajetória gravídica se afastava do esperado, confrontando-me com sentimentos de vulnerabilidade e medo. Um dos casos que selecionei desafiou-me a articular conhecimento científico com uma escuta atenta e presença constante, levando-me a compreender que, mesmo em contextos clínicos complexos, a comunicação e o apoio emocional são tão determinantes quanto os cuidados técnicos.

Na bloco de partos, duas experiências marcaram profundamente o meu percurso: acompanhar uma mulher que viveu o parto sem acompanhante presente e apoiar um casal jovem que optou por um parto sem analgesia epidural. Ambas reforçaram a importância do respeito pelas escolhas individuais e da criação de um ambiente que favoreça a confiança e a autonomia da mulher. Foi evidente que, quando estas condições estão asseguradas, o parto pode ser vivido como uma experiência transformadora, mesmo perante adversidades.

No puerpério, a experiência com uma família num modelo não convencional trouxe-me novos desafios. A diversidade de dinâmicas familiares exigiu flexibilidade e capacidade de adaptação, de modo a garantir que a voz materna fosse respeitada e que todos os elementos se sentissem incluídos no processo. Esta vivência demonstrou-me que a prática do EEESMO se enriquece quando reconhece e valoriza a pluralidade dos contextos sociais e familiares.

Estes exemplos concretos mostraram-me que o papel do EEESMO vai muito além da dimensão técnica: exige capacidade de adaptação, sensibilidade cultural e comunicação eficaz para responder às necessidades singulares de cada mulher e família. Também evidenciaram a importância do ambiente físico e emocional, tema aprofundado na revisão integrativa, onde se verificou que os espaços de nascimento influenciam não apenas a experiência materna, mas também o papel do acompanhante e a satisfação dos próprios profissionais (Verhoeven et al., 2019; Henshall et al., 2023).

O contacto com a literatura científica reforçou a minha compreensão sobre os processos fisiológicos do parto e o papel das hormonas no bem-estar materno e neonatal (Buckley, 2015; Olza et al., 2018, 2020). Estes contributos teóricos, aliados às observações em contexto real, despertaram em mim uma maior valorização da fisiologia e da humanização do nascimento, sustentando a necessidade de modelos de cuidados que respeitem a autonomia e promovam experiências positivas, não apenas para as mulheres e famílias, mas também para as EEESMO, que encontram nestes contextos condições mais favoráveis para exercerem uma prática gratificante e sustentada na evidência científica.

Apesar dos progressos, reconheço que subsistem margens de melhoria, nomeadamente na integração das equipas multiprofissionais, na valorização da educação para a saúde desde o pré-natal, e na ampliação de modelos de cuidados centrados na mulher, como os Centros de Parto Normal. É igualmente essencial garantir que todas as mulheres disponham de informação clara e acessível, permitindo-lhes reconhecer que outras formas de viver o parto são possíveis. Este percurso formativo permitiu-me ainda compreender a importância de continuar a investir na investigação e na atualização contínua, assegurando práticas sustentadas na melhor evidência disponível.

Numa nota pessoal, o facto de ser espanhola e não dominar totalmente o idioma português levou-me a reforçar outras competências relacionais, como a comunicação não verbal, a escuta ativa e a empatia. Tal como nos ambientes de parto, onde pequenos detalhes, a iluminação, a privacidade, a presença de

quem apoia, fazem toda a diferença na experiência da mulher, percebi que, na minha prática, foram precisamente esses gestos simples que criaram pontes e geraram confiança. Esta vivência ensinou-me que, muitas vezes, o que transforma o cuidado não é o elemento mais tecnológico ou complexo, mas sim a atenção às dimensões humanas mais subtis, capazes de deixar marcas profundas.

Em síntese, este relatório reflete um caminho de aprendizagem sustentado na articulação entre prática clínica, investigação e reflexão crítica. A experiência possibilitou a consolidação de competências comuns e específicas do EEESMO e o fortalecimento da identidade profissional. Como afirmou Albert Einstein, "Não esperemos que as coisas mudem se continuarmos a fazer as mesmas coisas." Esta ideia inspira-me a acreditar que, ao apoiar as mulheres na sua autonomia e protagonismo no parto, contribuo para um futuro em que a humanização, a evidência científica e o respeito caminham lado a lado.

7. BIBLIOGRAFIA

Alcaraz Vidal, L. (2022). El desarrollo e impacto de las unidades de parto lideradas por matronas en España [Tese de doutoramento]. Universidad Autónoma de Barcelona.

Alizadeh-Dibazari, Z., Abbasalizadeh, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S. & Mirghafourvand, M. (2024). Childbirth preparation and its facilitating and inhibiting factors from the perspectives of pregnant and postpartum women in Tabriz-Iran: a qualitative study. *Reproductive Health*, 21:106. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01844-8>

Andrén, K., Jansson, S., & Berg, M. (2021). Women's experiences of birth in alongside midwifery units in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 28, 100609. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100609>

ARA. (2024, maio 17). Reobre el Centro de Nacimientos de Martorell. <https://www.ara.cat/> Arnold, H. E., Parsons, K. V., & Jain, L. (2025). The late preterm infant. In R. J. Martin & A. A.

Fanaroff (Eds.), Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine (12th ed., chap. 41). Elsevier.

Assembleia da República Portuguesa. (12 de fevereiro de 2009). Obtenido de Código do Trabalho: Lei n.º 7/2009, Diário da República n.º 30/2009, SérieI.: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475-211442159>

Assembleia da República Portuguesa. (2009). Lei n.º 33/2009, de 31 de março: Direitos na gravidez e no parto. Diário da República, n.º 63.

Atkinson, J., Hastie, R., Walker, S., Lindquist, A., & Tong, S. (2023). Telehealth in antenatal care: Recent insights and advances. *BMC Medicine*, 21, 332. <https://doi.org/10.1186/s12916-02303025-3>

Bączek, G., et al. (2019). Factors influencing women's choice of birthplace in Poland. *Ginekologia Polska*, 90(10), 553–560. <https://doi.org/10.5603/GP.2019.0093>

Bäckström, C., Larsson, B. W., & Thorstensson, S. (2022). Midwifery theories: A scoping review. *Women and Birth*, 35(3), 236–244. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.003>

Baird, D. D., Dunson, D. B., Hill, M. C., & Cousins, D. (2003). High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: Ultrasound evidence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(1), 100–107. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.99>

Bauer, A. Z., Swan, S. H., Kriebel, D., Liew, Z., Taylor, H. S., Bornehag, C. G., ... & Jensen, T. K. (2021). Paracetamol use during pregnancy – a call for precautionary action. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(12), 757–766. <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00553-7>

Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 113–126. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005>

Brandsma, E., Christ, L. A., & Duncan, A. F. (2025). The high-risk infant. In R. M. Kliegman, J. W. St. Geme, N. J. Blum, et al. (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics* (22nd ed., chap. 119). Elsevier. Brocklehurst, P., et al. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low-risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343, d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>

Calais-Germain, B., & Vives Parés, N. (2009). *Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis durante el parto*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. (2023, novembro). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Ordem dos Enfermeiros / Papa-Letras.

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Papa-Letras.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Chantry, A. A., Guiguet-Auclair, C., Rollet, C., Pralus, M., Dubel-Jam, M., Roelens, I., ... Vendittelli, F. (2025). Intrapartum and childbirth care and outcomes in midwife-led birth centres in France: A nationwide descriptive study with analysis of maternal and neonatal transfers. *Women and Birth*, 38(3), 101908. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.101908>

Cheyney, M., et al. (2014). Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004–2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12172>

Declercq, E. R., Belanoff, C., & Sakala, C. (2020). Intrapartum care and experiences of women with midwives versus obstetricians in the Listening to Mothers in California survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 45–55. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13045>

Declercq, E., Sakala, C., Belanoff, C., & Iverson, R. (2020). Listening to Mothers in California: A population-based survey of women's childbearing experiences. National Partnership for Women & Families. <https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/listening-tomothers-in-california-2020.pdf>

Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2020). Childbirth Experience Questionnaire (CEQ2): Validity and reliability of the Swedish version. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2701-7>

Direção-Geral da Saúde (2023, 10 maio). Orientação n.º 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto (actualizada a 26 março 2024).

Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS. [https://www.dgs.pt/documentos-e-](https://www.dgs.pt/documentos-e)

[publicacoes/programa-nacional-para-avigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx](#)

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 021/2011: Estratégia de vacinação contra as hepatites A e B – grupos de risco (atualização 2017). Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212011-de-21122011-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV): Informação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Orientação n.º 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Orientação n.º 002/2023: Cuidados durante o trabalho de parto. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-sausedurante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>

Eidhammer, A., Melgaard, D., Madsen, L. S., Glavind, J., Lundgaard, S. R., & Højlund, M. K. (2024). Exploring midwives' perceptions of the multisensory birthing room work environment: A qualitative analysis. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 43, 101061. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101061>

Europa Press. (2024, maio 20). El centro de partos de Martorell reabre con nueva unidad materno-infantil. <https://www.europapress.es/>

- Fahy, K. (2012). A theory of the aims and objectives of midwifery practice. *Midwifery*, 28(5), 540–548. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.012>
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2022). Vínculo mãe-bebé: Promoção e desafios no pós-parto. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Fontein-Kuipers, Y., de Vries, R., Nieuwenhuijze, M., Van Stenus, C., & Korstjens, I. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *Midwifery*, 81, 102573. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102573>
- Goldkuhl, L., Gyllensten, H., Begley, C., Nilsson, C., Wijk, H., Lindahl, G., Uvnäs-Moberg, K., & Berg, M. (2023). Impact of birthing room design on maternal childbirth experience: Results from the Room4Birth randomized trial. *HERD*, 16(1), 200–218. <https://doi.org/10.1177/19375867221124232>
- Haseli, A., Ghiasi, A., & Hashemzadeh, M. (2019). Do breathing techniques enhance the effect of massage therapy in reducing the length of labor or not? A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(4), 257–263. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.036>
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2>

Hermus, M. A., Boesveld, I. C., Hitzert, M., Van den Akker, T., & Feijen-de Jong, E. I. (2018). Defining and describing birth centres in the Netherlands — a nationwide survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 210. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1397-0>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Estadística de nacimientos. Madrid: INE. <https://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Estatísticas vitais 2022. Lisboa: INE. <https://www.ine.pt/>

International Agency for Research on Cancer & HPV Information Centre. (2023, 10 março). Portugal: Human papillomavirus and related cancers. Fact sheet 2023. ICO/IARC HPV Information Centre. https://hpvcentre.net/statistics/reports/PRT_FS.pdf

International Agency for Research on Cancer. (2020). Cervix uteri fact sheet: Portugal. Global Cancer Observatory. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today>

Jacob, T., Rodrigues, D., Alves, V., Ferreira, E., Carneiro, M., Penna, L., & Bonazzi, V. (2022). A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 26, e20210278. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0278>

Kanti, V., & Schürer, N. Y. (2023). Skin care and common skin findings in preterm infants. *Clinical Dermatology*, 41(2), 184–194. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2022.11.004>

Leppänen, T. (2018). Always more than two: Vibrations, the foetus, and the pregnant person in childbirth singing practices. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 26(2), 99–111. <https://doi.org/10.1080/08038740.2018.1461774>

Leppänen, T. (2018). Vibrating Bodies: Singing and Voice in the Context of Birth. *Ethnologia Fennica*, 45, 4–21. <https://doi.org/10.23991/ef.v45i0.65080>

Lopes, J. M. (s.d.). *Fisiopatologia da dor*. Biblioteca da Dor.

Lopes, M. J., & Santos, M. C. (2018). *Fisiologia da dor e controlo não farmacológico em enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Luduvise Gomes, A. P., dos Santos, L. A., Lima, D. S., & Barros, M. L. (2023). Benefícios do contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(Supl. 1), e20220541. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0541>

Luduvise Gomes, M., Azevedo Nicida, L., Chaves de Oliveira, D., Rodrigues, A., Alves Torres, J., Dias Coutinho, A., Soares Madeira Domingues, R. (2023). Care at the first postnatal hour in two hospitals of the Adequate Birth Project: Qualitative analysis of experiences in two stages of the Healthy Birth research. *Reproductive Health*, 20, 14. <https://doi.org/10.1186/s12978-02301535-8>

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Mills, T. A., & Lavender, T. (2011). Advanced maternal age. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 21(4), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2011.01.003>

Mills, T., & Lavender, T. (2011). Older maternal age and pregnancy experience: A review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(2), 110–124. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.573568>

Moerbeek Cardoso Mazzetto, F., de Mattos, L., da Silva Marques Ferreira, R., & Cerântola Siqueira, R. (2022). Ambiente físico do parto e a experiência materna: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 1), e202

Moerbeek Cardoso Mazzetto, F., de Mattos, T., da Silva Marques Ferreira, M., & Cerântola Siqueira, F. (2022). Presença do acompanhante na perspectiva da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 16, e252777. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252777>

Moerbeek Cardoso Mazzetto, F., de Mattos, L., da Silva Marques Ferreira, R., & Cerântola Siqueira, R. (2022). Ambiente físico do parto e a experiência materna: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 1), e20210721. <https://doi.org/10.1590/0034-71672021-0721>

Murray, S., Fox, D., Coddington, R., & Scarf, V. (2024, July). How does the use of continuous electronic fetal monitoring influence women's experiences of labour? A systematic integrative review of the literature from high-income countries. *Women and Birth*, 37(4), 101619. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.12.010>

Nilvér, H., & Berg, M. (2023). The birth companions' experience of the birthing room and how it influences the supportive role: A qualitative study. *HERD*, 16(3), 156–167. <https://doi.org/10.1177/19375867231163336>

NPEU. (2011). Birthplace in England national prospective cohort study: Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

NPEU. (2015). Birthplace cohort study follow-up (age 5). National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

Oliveira, A., Barros, P., Matos, R., Vieira, R., Melo, N., & Melo, R. (2022). Cuidados de enfermagem no puerpério. *Research, Society and Development*, 11(2), e29811225816. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25816>

Oliveira, S., et al. (2022). Experiências de parto em Portugal: Revisão narrativa. Revista de Enfermagem Referência, Série V(9), e21032. <https://doi.org/10.12707/RV21032>

Olza, I., et al. (2018). La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Barcelona: Planeta.

Ordem dos Enfermeiros. (2011, fevereiro 18). Regulamento n.º 127/2011 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. DiáriodaRepública, 2.ª série, n.º 35. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/127-2011-3477016>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 127/2011 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Diário da República: 2.ª série, n.º 35. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/127-2011-1463952>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do EEESMO. Diário da República, 2.ª série, n.º 83.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Materna: Aleitamento Materno (GoBP Aleitamento Materno). Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Atualização 2023. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2024, setembro). Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade. Papa-Letras.

Organização Mundial da Saúde. (2022). Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Genebra: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2022). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Genebra: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

Overgaard, C., Fenger-Grøn, M., & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), 973–981. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.023>

Palau-Costafreda, J., et al. (2023). Comparative outcomes between an alongside midwifery unit and a conventional obstetric unit in Spain. *Women and Birth*, 36(1), e57–e65. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.007>

Palau-Costafreda, J., et al. (2024). Five years of the first Spanish alongside midwifery unit: Lessons learned. *Midwifery*, 125, 103977. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103977>

Palau-Costafreda, J. (2025). Efectos del entorno de parto en los resultados maternos y neonatales. Tese doutoral, Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/>

Pérez-Botella, M., & McCourt, C. (2023). Beyond the numbers: Experiences of birth environments in Spain. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2023.05.10.23289876>

Perriman, N., Davis, D., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>

Portal do Governo de Portugal. (s.f.). Licenças de parentalidade. <https://www2.gov.pt/cidadaoseuropeus-viajar-viver-e-fazer-negocios-em-portugal/trabalho-e-reforma-em-portugal/trabalharem-portugal/licencas-de-parentalidade.com>

Rayment, J., Murrells, T., & Sandall, J. (2020). Midwife-led units transforming maternity care globally. *Midwifery*, 84, 102717. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102717>

Rayment, J., Rance, S., McCourt, C., & Sandall, J. (2019). Barriers to women's access to alongside midwifery units in England. *Midwifery*, 77, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.010>

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The*

- Lancet, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Richards, V. (2019, dezembro). The power of language: The importance of shaping language as a constructive tool in health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1055–1056. <https://doi.org/10.1111/jep.13197>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sánchez Lorenzo, L. (2023). Cáncer de cérvix. In SEOM – Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org/>
- Silveira, R. C., & Procianoy, R. S. (2022). Neonatal care of preterm infants: Advances and challenges. *Journal of Pediatrics*, 98(Suppl 1), S10–S19. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.09.004>
- Simavli, S., Gumus, I., & Kaygusuz, I. (2014, setembro 16). Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: A randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 78(4), 244–250. <https://doi.org/10.1159/000365085>
- Stewart, E. A. (2015). Uterine fibroids. *The Lancet*, 379(9821), 1239–1248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60009-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60009-5)

Tilghman, J., & Lovette, A. (2008). Prenatal care: The adolescent's perspective. *The Journal of Perinatal Education*, 17(2), 50–53. <https://doi.org/10.1624/105812408X298378>

Tralhão, F. A. F. (2021, dezembro). Relatório de estágio IV [Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório do Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3931/1/relat%C3%B3rio%20estagio%20I%20Filipa%20Tralh%C3%A3o%20CD%20%281%29.pdf>

UCC Cuidar. (2023). Guia Pós-Parto 2023: Acompanhamento da mulher e da família no período pós-natal. Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar.

Vieira, M. (2011). Parto humanizado: Práticas e desafios em Portugal [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/>

Walsh, D., & Devane, D. (2012). A metasynthesis of midwife-led care. *Qualitative Health Research*, 22(7), 897–910. <https://doi.org/10.1177/1049732312440330>

Wang, Y., Guo, X., Lau, Y., Chan, S. W.-C., & Zhao, Y. (2019). The effect of massage and music therapy on pain and anxiety in women during labor: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(3), 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.01.004>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

World Health Organization & UNICEF. (2018). Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: WHO & UNICEF.

World Health Organization. (2018). Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience (ISBN 978-92-4-004598-9).

Zizzo, A., Hvidman, L., Salvig, J. D., Holst, L., Kyng, M., & Petersen, O. B. (2021). Home management by remote self-monitoring in intermediate- and high-risk pregnancies: A retrospective study of 400 consecutive women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(1), 135–144. <https://doi.org/10.1111/aogs.14257>

8. ANEXOS

ANEXO I: Tabela De Análise Dos Estudos Incluídos

Tabela 1

Nº	Nome do Estudo	Autor/Ano	Tipo de Estudo	País
E1	Barriers to women's access to alongside midwifery units in England	Rayment, J., Rance, S., McCourt, C., & Sandall, J. (2019).	Estudo qualitativo	Inglaterra
E2	Birth centre versus delivery room – The relationship between place of birth and experience of childbirth.	Bączek, G., Rychlewicz, S., Duda, T., Kajdy, A., Sys, D., & Baranowska, B. (2019).	Estudo transversal analítico	Polónia
E3	Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room4Birth Randomized Trial.	Goldkuhl, L., Gyllensten, H., Begley, C., et al. (2023)	Ensaio clínico randomizado	Suécia

E4	The Birth Companions' Experience of the Birthing Room and How It Influences the Supportive Role: A Qualitative Study.	Nilvér, H., & Berg, M. (2023)	Estudo qualitativo, com entrevistas e análise temática.	Suécia
E5	Exploring midwives' perceptions of the multisensory birthing room work environment: A qualitative analysis.	Eidhammer, A., Melgaard, D., Madsen, L. S., Glavind, J., Lundgaard, S. R., & Højlund, M. K. (2025)	Estudo qualitativo com análise temática reflexiva	Dinamarca
E6	Intrapartum and childbirth care and outcomes in midwife-led birth centres in France: A nationwide descriptive study with an analysis of maternal and neonatal transfers.	Chantry, A. A., Guiguet-Auclair, C., Rollet, C., Pralus, M., Dubel-Jam, M., Roelens, I., ... Vendittelli, F. (2025).	Estudo de coorte retrospectiva descritivo	França

ANEXO II: SÍNTESE DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS REVISTOS

Tabela 1 – Síntese do Artigo 1: “Barriers to women’s access to alongside midwifery units in England”

TÍTULO / AUTOR / ANO / PAÍS	Barriers to women’s access to alongside midwifery units in England – Rayment, J., Rance, S., McCourt, C., & Sandall, J. (2019). Inglaterra.
OBJETIVO	Explorar as barreiras que limitam o acesso das mulheres às unidades de partos junto a hospitais (AMU) em Inglaterra.
METODOLOGIA	Estudo qualitativo, com entrevistas a mulheres e acompanhantes. Versão prereviewed.
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	- 35 mulheres entrevistadas. - 12 acompanhantes. - 18 primíparas e 17 múltiparas. - 3 transferências. - Incluiu também stakeholders profissionais
CONCEITOS / INTERVENÇÕES	Identificação das barreiras institucionais, organizacionais e culturais que influenciam a escolha e acesso das mulheres a AMU.
RESULTADOS / CONCLUSÕES	As barreiras incluem: - Falta de informação acessível às mulheres. - Atitudes e práticas de profissionais de saúde que desencorajam o uso de AMU. - Questões logísticas (localização e transporte). Conclusão: É necessária uma melhor comunicação, sensibilização e adaptação organizacional para garantir às mulheres igualdade de acesso às AMU.

Tabela 2 – Síntese do Artigo 2 “Birth centre versus delivery room – The relationship between place of birth and experience of childbirth”

TÍTULO / AUTOR / ANO / PAÍS	Birth centre versus delivery room – The relationship between place of birth and experience of childbirth. Bączek, G., Rychlewicz, S., Duda, T., Kajdy, A., Sys, D., & Baranowska, B. (2019). Polónia.
OBJETIVO	Analisar a relação entre o local de parto (centro de nascimento versus sala de parto hospitalar) e a experiência materna do parto.
METODOLOGIA	Estudo transversal analítico. Questionários aplicados no pós-parto imediato.
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	N=200 mulheres. Idades 21–>36. 71 primíparas, 96 segundas gestações, restantes multiparidade. Distribuição: escolaridade e estado civil Experiência medida até ao dia seguinte ao parto.
CONCEITOS / INTERVENÇÕES	Comparação entre métodos de alívio da dor (compressa morna, imersão em água, bola de parto, posições, analgesia epidural). Avaliação de sentimentos e emoções associadas ao parto.
RESULTADOS / CONCLUSÕES	Mulheres em centros de nascimento relataram maior satisfação, mais envolvimento ativo no trabalho de parto e menor percepção de medicalização. Na sala hospitalar verificou-se maior uso de analgesia epidural e menor satisfação global. Conclusão: O local de parto influencia significativamente a experiência e satisfação da mulher.

Tabela 3 – Síntese do Artigo 3 “Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room4Birth Randomized Trial.”

TÍTULO / AUTOR / ANO / PAÍS	Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room4Birth Randomized Trial. Goldkuhl, L., Gyllenstein, H., Begley, C., et al. (2023). Suécia.
OBJETIVO	Avaliar o impacto do design da sala de parto na experiência materna.
METODOLOGIA	Ensaio clínico randomizado (Room4Birth Trial). Escala usadas CEQ2 e o VAS-OCE
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	Amostra composta por mulheres suecas e de outros países nórdicos/europeus. Diversos níveis educacionais e idades. Avaliação aos 2h, 3m e 12m após o parto.
CONCEITOS / INTERVENÇÕES	Comparação entre salas padrão e salas de parto redesenhadas para maior conforto e autonomia da parturiente.
RESULTADOS / CONCLUSÕES	Mulheres em salas de design adaptado relataram maior satisfação, melhor percepção de segurança e apoio profissional, bem como maior participação ativa no parto. Resultados consistentes ao longo de 12 meses. Conclusão: O design físico da sala tem impacto duradouro na experiência de parto.

Tabela 4 – Síntese do Artigo 4 “The Birth Companions’ Experience of the Birthing Room and How It Influences the Supportive Role: A Qualitative Study”

TÍTULO / AUTOR / ANO / PAÍS	The Birth Companions’ Experience of the Birthing Room and How It Influences the Supportive Role: A Qualitative Study. Nilvér, H., & Berg, M. (2023). Suécia.
OBJETIVO	Explorar a experiência dos acompanhantes de parto e como o ambiente influencia o seu papel de apoio.
METODOLOGIA	Estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas.
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	N=15 participantes (parceiros, doulas, familiares, amigos). Idades 30–58 anos. Diversos níveis de escolaridade e origens geográficas.
CONCEITOS / INTERVENÇÕES	Percepções dos acompanhantes sobre o ambiente físico da sala de parto e seu impacto na capacidade de prestar apoio.
RESULTADOS / CONCLUSÕES	Os acompanhantes relataram que o design da sala influencia a proximidade com a parturiente, a sensação de utilidade e a participação ativa. Salas mais acolhedoras favorecem um apoio mais eficaz. Conclusão: O ambiente de parto não só afeta a experiência materna, mas também o papel e a eficácia do acompanhante.

Tabela 5 – Síntese do Artigo 5 Exploring midwives’ perceptions of the multisensory birthing room work environment: A qualitative analysis

TÍTULO / AUTOR / ANO / PAÍS	Exploring midwives’ perceptions of the multisensory birthing room work environment: A qualitative analysis. (2025). Dinamarca.
OBJETIVO	Explorar as perceções das EEESMOs sobre o ambiente de trabalho em salas multissensoriais de parto.
METODOLOGIA	Estudo qualitativo com análise fenomenológica.
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	N=16 EEESMOs. Idades entre 25 e 55 anos. Diferentes níveis de senioridade (0–24 anos de experiência).
CONCEITOS / INTERVENÇÕES	Perceção das EEESMOs sobre a influência do ambiente multissensorial no bem-estar materno e no seu próprio desempenho profissional.
RESULTADOS / CONCLUSÕES	As EEESMOs relataram que as salas multissensoriais promovem um ambiente mais calmo, aumentam a satisfação da mulher e reforçam a sensação de apoio profissional. Conclusão: O design do ambiente influencia a experiência do parto e a qualidade do cuidado prestado, mas também as próprias EEESMOs em termos de autonomia e satisfação profissional.

Tabela 6 – Síntese Do Artigo 6. “Intrapartum And Childbirth Care And Outcomes In MidwifeLed Birth Centres In France: A Nationwide Descriptive Study With An Analysis Of Maternal And Neonatal Transfers.”

TÍTULO / AUTOR / ANO / PAÍS	Intrapartum and childbirth care and outcomes in midwife-led birth centres in France: A nationwide descriptive study with an analysis of maternal and neonatal transfers. (2025). França.
OBJETIVO	Descrever os cuidados intraparto e resultados em centros de nascimento liderados por parteiras em França, incluindo transferências maternas e neonatais.
METODOLOGIA	Estudo descritivo nacional com análise de dados de 2018–2019.
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	N=1313 mulheres com parto planeado em centros liderados por parteiras. Idade, IMC, paridade e nacionalidade. Gestação entre 37–42 semanas.
CONCEITOS / INTERVENÇÕES	Caracterização dos cuidados: número de exames vaginais, imersão em água, posição materna no parto, episiotomia, administração de ocitocina, aleitamento exclusivo na alta.
RESULTADOS / CONCLUSÕES	Maternos: - parto vaginal espontâneo em 90,8% - cesariana 2,6% - parto instrumental 6,6% - episiotomia 1,1% - hemorragia pós-parto grave 2,4%. Neonatales: - apenas 0,4% com Apgar <7 aos 5 minutos e um óbito. Transferências: 21% intraparto e 5,8% pós-parto (sobretudo por hemorragia), mas ainda assim com baixa taxa de cesariana global. Conclusão: Centros liderados por parteiras oferecem cuidados seguros, com baixos índices de intervenção e elevada satisfação materna.

ANEXO III: TABELAS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

As tabelas seguintes apresentam a caracterização geral dos estudos incluídos, de acordo com os dados extraídos durante a revisão.

E1: "Barriers to women's access to alongside midwifery units in England"

Síntese descritiva	Sim	Não	Parcialmente	NA*
1. Congruência entre a perspetiva filosófica e a metodologia adotada.	X			
2. Congruência entre a metodologia e a questão ou os objetivos de investigação.	X			
3. Congruência entre a metodologia e os métodos de recolha de dados.	X			
4. Congruência entre a metodologia e a forma de representação e análise dos dados.	X			
5. Congruência entre a metodologia e a interpretação dos resultados.	X			
6. Existência de uma declaração que situe o investigador no plano cultural e/ou teórico.			X	
7. Consideração da influência do investigador no estudo.			X	
8. Representação adequada dos participantes e das suas vozes.	X			
9. Cumprimento dos princípios éticos vigentes, com evidência de aprovação ética.	X			

10. AS CONCLUSÕES DECORREM LOGICAMENTE DA ANÁLISE OU INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.	X			
Síntese do estudo	8/10			

NA*: Não aplicável

E.2: "Birth centre versus delivery room – The relationship between place of birth and experience of childbirth"

Síntese descritiva	Sim	Não	Parcialmente	NA*
1. Os critérios de inclusão da amostra foram claramente definidos?	X			
2. Os participantes do estudo e o contexto foram descritos de forma detalhada?	X			
3. A exposição foi medida de forma válida e fiável?	X			
4. Foram utilizados critérios objetivos e padronizados para a medição da condição?	X			
5. Foram utilizados critérios objetivos e padronizados para a medição da exposição		X		
6. Foram descritas estratégias para lidar com fatores de confusão?		X		
7. Os desfechos foram medidos de forma válida e fiável?	X			
8. Foi utilizada análise estatística apropriada?	X			
Síntese do estudo	6/8			

*Não Aplicável

E.3 "Impact of Birthing Room Design on Maternal Childbirth Experience: Results From the Room4Birth Randomized Trial."

Síntese descritiva	Sim	Não	Parcialmente	NA*
1. Foi utilizada uma verdadeira randomização para a atribuição dos participantes aos grupos de tratamento?	X			
2. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi ocultada?	X			
3. Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo (linha de base)?	X			
4. Os participantes estavam cegos quanto à atribuição do tratamento?		X		
5. As pessoas responsáveis pela administração do tratamento estavam cegas quanto à atribuição do tratamento?		X		
6. Os avaliadores dos desfechos estavam cegos quanto à atribuição do tratamento?			X	
7. Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto pela intervenção em estudo?	X			
8. O seguimento foi completo e, caso não tenha sido, as diferenças entre os grupos em termos de seguimento foram adequadamente descritas e analisadas?	X			

9. Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram inicialmente randomizados?	X			
10. Os desfechos foram medidos da mesma	X			
11. Foi utilizada uma verdadeira randomização para a atribuição dos participantes aos grupos de tratamento?	X			
12. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi ocultada?	X			
13. Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo (linha de base)?	X			
Síntese do estudo	10/13			

E.4: "The Birth Companions' Experience of the Birthing Room and How It Influences the Supportive Role: A Qualitative Study."

Síntese descritiva	Sim	Não	Parcialmente	NA*
1. Congruência entre a perspetiva filosófica e a metodologia adotada.	X			
2. Congruência entre a metodologia e a questão ou os objetivos de investigação.	X			
3. Congruência entre a metodologia e os métodos de recolha de dados.	X			
4. Congruência entre a metodologia e a forma de representação e análise dos dados.	X			

5. Congruência entre a metodologia e a interpretação dos resultados.	X			
6. Existência de uma declaração que situe o investigador no plano cultural e/ou teórico.			X	
7. Consideração da influência do investigador no estudo.			X	
8. Representação adequada dos participantes e das suas vozes.	X			
9. Cumprimento dos princípios éticos vigentes, com evidência de aprovação ética.	X			
10. As conclusões decorrem logicamente da análise ou interpretação dos dados.	X			
Síntese do estudo	8/10			

E. 5: "Exploring midwives' perceptions of the multisensory birthing room work environment: A qualitative analysis."

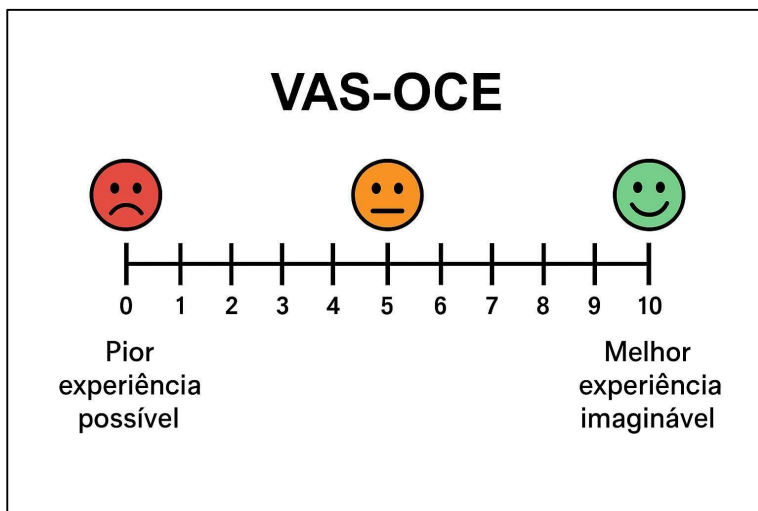
Síntese descritiva	Sim	Não	Parcialmente	NA*
1. Congruência entre a perspetiva filosófica e a metodologia adotada.	X			
2. Congruência entre a metodologia e a questão ou os objetivos de investigação.	X			
3. Congruência entre a metodologia e os métodos de recolha de dados.	X			
4. Congruência entre a metodologia e a forma de representação e análise dos dados.	X			
5. Congruência entre a metodologia e a interpretação dos resultados.	X			
6. Existência de uma declaração que situe o investigador no plano cultural e/ou teórico.	X			
7. Consideração da influência do investigador no estudo.			X	
8. Representação adequada dos participantes e das suas vozes.	X			
9. Cumprimento dos princípios éticos vigentes, com evidência de aprovação ética.	X			
10. As conclusões decorrem logicamente da análise ou interpretação dos dados.	X			
Síntese do estudo	9/10			

E.6: "Intrapartum and childbirth care and outcomes in midwife-led birth centres in France: A nationwide descriptive study with an analysis of maternal and neonatal transfers."

Síntese descritiva	Sim	Não	Parcialmente	NA*
1. Os dois grupos eram semelhantes e foram recrutados da mesma população?	X			
2. As exposições foram medidas de forma semelhante para atribuir os participantes aos grupos expostos e não expostos?				X
3. A exposição foi medida de forma válida e fiável?	X			
4. Foram identificados fatores de confusão?			X	
5. Foram descritas estratégias para lidar com os fatores de confusão?		X		
6. Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?	X			
7. Os desfechos foram medidos de forma válida e fiável?	X			
8. O tempo de seguimento foi descrito e foi suficiente para que os desfechos ocorressem?	X			
9. O seguimento foi completo e, se não, as diferenças entre grupos quanto ao seguimento foram adequadamente descritas e analisadas?	X			
10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o seguimento incompleto?				X
11. Foi utilizada análise estatística apropriada?	X			
Síntese do estudo	7/9			

11. ANEXO IV: INSTRUMENTOS MENCIONADOS:

Escala 1: VAS-OCE:



(Goldkuhl, et al., 2023)

Escala 2: Brief Cope:

Brief COPE Scale These items deal with ways you've been coping with the stress in your life since you found out you were going to have to have this operation. There are many ways to try to deal with problems. These items ask what you've been doing to cope with this one. Obviously, different people deal with things in different ways, but I'm interested in how you've tried to deal with it. Each item says something about a particular way of coping. I want to know to what extent you've been doing what the item says. How much or how frequently. Don't answer on the basis of whether it seems to be working or not just whether or not you're doing it. Use these response choices. Try to rate each item separately in your mind from the others. Make your answers as true FOR YOU as you can.

1 = I haven't been doing this at all

2 = I've been doing this a little bit

3 = I've been doing this a medium amount

4 = I've been doing this a lot

1. I've been turning to work or other activities to take my mind off things.

2. I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.

3. I've been saying to myself 'this isn't real.'

4. I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better.

5. I've been getting emotional support from others.

6. I've been giving up trying to deal with it.

7. I've been taking action to try to make the situation better.

8. I've been refusing to believe that it has happened.

9. I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.

10. I've been getting help and advice from other people.

11. I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.

12. I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.
13. I've been criticizing myself.
14. I've been trying to come up with a strategy about what to do.
15. I've been getting comfort and understanding from someone.

16. I've been giving up the attempt to cope.
17. I've been looking for something good in what is happening.
18. I've been making jokes about it.
19. I've been doing something to think about it less, such as going to movies, watching TV, reading, daydreaming, sleeping, or shopping.
20. I've been accepting the reality of the fact that it has happened.
21. I've been expressing my negative feelings.
22. I've been trying to find comfort in my religion or spiritual beliefs.
23. I've been trying to get advice or help from other people about what to do.
24. I've been learning to live with it.
25. I've been thinking hard about what steps to take.
26. I've been blaming myself for things that happened.
27. I've been praying or meditating.
28. I've been making fun of the situation.

(Carver, 1997)

Escala 3: Fear of Birth Scale (FOBS):

Fear of Birth Scale

How do you feel right now about the approaching birth?

Calm
Strong fear

(Haines et al. 2011)

Escala 4: Childbirth Experience Questionnaire 2 (CEQ2).

Childbirth Experience Questionnaire 2 (CEQ2)

Domínios (22 itens no total):

- 1) Capacidade própria (8 itens) – sentimentos sobre o parto, autocontrolo e medo.
- 2) Apoio profissional (5 itens) – comunicação, respeito e atuação de enfermeiras parteiras e médicos.
- 3) Segurança percebida (6 itens) – sensação de segurança, confiança e cuidados em emergências.
- 4) Participação (3 itens) – grau de envolvimento nas decisões sobre o parto.

Resposta: escala Likert de 4 pontos:

Totalmente de acordo
De acordo
Em desacordo
Totalmente em desacordo

Esta figura apresenta o CEQ2 em formato esquemático (Dencker et al. 2020).