



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Experiência das mulheres com o modelo de cuidados liderado pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal

Liliana Sofia Gonçalves Monteiro

Viana do Castelo, abril, 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo



UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Experiência das mulheres com o modelo de cuidados liderado pelo
Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na vigilância da
gravidez de baixo risco, em Portugal

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança ou da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho nº 12705/2022 em Diário da República, 2ª série — Nº 211 — 2 de novembro de 2022.

Liliana Sofia Gonçalves Monteiro

Orientadora: Andreia Vanessa Gonçalves

Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Este Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Viana do Castelo, abril, 2025

Monteiro, L.S.G. (2025). *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional: Experiência das mulheres com o modelo de cuidados liderado pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal*. Viana do Castelo: [s.n.]. Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Consórcio constituído pelo Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio original, para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresentado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Palavras-chave: assistência pré-natal; enfermeira obstétrica; mulher; saúde materna.

Key words: antenatal care; midwife; woman; maternal health.

Dedico este trabalho à minha família, pelo amor incondicional e pela paciência ao longo de todo este percurso, especialmente nos momentos mais desafiantes.

AGRADECIMENTOS

Chegar a este momento é o resultado de um percurso de dedicação, esforço e, acima de tudo, do apoio constante de pessoas que foram fundamentais ao longo deste processo. Gostaria de expressar a minha mais sincera gratidão a todos aqueles que, de diferentes formas, contribuíram para a concretização deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional.

Aos docentes e funcionários da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com os quais pude contactar, mas também a todos os docentes do Consórcio deste mestrado, em especial às professoras Conceição Freitas e Andreia Gonçalves, por todo o apoio demonstrado e conhecimentos transmitidos ao longo destes dois anos intensamente vividos.

À professora orientadora Andreia Gonçalves, expresso a mais sincera gratidão pela sua orientação dedicada e pelo incansável apoio ao longo desta jornada académica. A sua sabedoria, paciência e capacidade de me guiar em momentos de incerteza foram essenciais para a concretização deste percurso. Obrigada por me desafiar a pensar de forma crítica e por acreditar no meu potencial, mesmo nos momentos mais difíceis. A sua orientação foi verdadeiramente inspiradora e transformadora.

À Sara Paz, pelo seu apoio e dedicação, obrigada pelo contributo na realização deste trabalho.

A todos os enfermeiros especialistas que me orientaram durante este percurso, o meu sincero reconhecimento pelo profissionalismo, paciência e dedicação. Em especial ao Sr. Enfermeiro Paulo, agradeço profundamente pela sua orientação paciente e sábia ao longo deste percurso. Obrigada.

A todas as mulheres e famílias, em particular àquelas que contribuíram para este relatório, agradeço por confiarem em mim.

Às minhas colegas de turma, que partilharam comigo esta jornada académica, agradeço pela partilha de conhecimento, pelas discussões construtivas e pelo apoio mútuo.

À Margarida, tímida e discreta, mas sempre acompanhada de uma competência inabalável e uma coragem inspiradora. Obrigada por seres um exemplo de força e determinação.

À Rita, a tua clareza e sensatez foram um apoio indispensável ao longo desta jornada. Obrigada por me lembrares da importância de manter o foco e a perspetiva, mesmo quando os desafios pareciam intransponíveis.

Às minhas colegas de trabalho, que sempre demonstraram compreensão e flexibilidade perante os desafios de conciliar o estudo com a vida profissional. Agradeço a todos pela camaradagem e pelo encorajamento contínuo ao longo deste percurso.

Ao meu coordenador, agradeço pela confiança, pelo apoio e por me dar o espaço necessário para conciliar as minhas responsabilidades profissionais com a dedicação a este projeto. O seu apoio foi essencial para que eu pudesse avançar neste caminho.

À Andreia, a amiga de sempre, que mesmo na distância, permanece sempre presente. Obrigada por seres aquele apoio silencioso, mas constante, e por seres estar ao meu lado, mesmo quando a vida nos coloca em caminhos separados. A tua amizade é uma certeza que me acompanha, independentemente da distância.

À minha família, o meu maior pilar, agradeço por todo o amor, compreensão e apoio incondicional. Obrigado por acreditarem em mim, mesmo nos momentos em que a confiança parecia vacilar, e por me incentivarem a seguir em frente.

Ao Carlos e às minhas meninas, não há palavras suficientes para expressar a minha gratidão. Perdoem-me as ausências...

A todos vocês, o meu mais profundo agradecimento. Esta conquista é, também, vossa.

"As grandes realizações não são feitas por impulso, mas por uma soma de pequenas conquistas." – Vincent Van Gogh

NOTA PRÉVIA

Para garantir uma leitura mais clara e consistente deste documento, bem como assegurar a exposição adequada das ideias propostas, optou-se por utilizar o termo "EEESMO" (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) para designar os profissionais de saúde da área da Saúde Materna e Obstétrica em Portugal.

Contudo, considerando que, em muitos contextos internacionais, o termo “*midwife*” refere-se a uma profissão que, na maioria dos casos, não exige formação prévia em Enfermagem, optou-se por preservar essa terminologia na apresentação de evidências baseadas na literatura internacional, respeitando a nomenclatura específica de cada contexto.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xvii
LISTA DE ACRÓNIMOS	xvii
LISTA DE SIGLAS.....	xvii
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	1
1.1. Estágio de natureza profissional.....	3
1.1.1 Estágio de enfermagem de saúde materna e obstétrica em contexto hospitalar.	4
1.1.2 Estágio de enfermagem de saúde materna e obstétrica em contexto de cuidados de saúde primários	7
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	9
2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista	9
2.2 Reflexão crítica sobre as competências específicas adquiridas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica	12
2.2.1 Reflexão crítica sobre as experiências mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	15
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	18
3.1 Análise crítico-reflexiva do estágio de natureza profissional em contexto de cuidados de saúde diferenciados (Unidade Hospitalar).....	21
3.2 Análise crítico-reflexiva do estágio de natureza profissional em contexto de CSP.....	51
4. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO - “QUAL A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM O MODELO DE CUIDADOS LIDERADO PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO, EM PORTUGAL”	57
4.1 Introdução	57
4.1.1 Modelos de cuidados liderados pelos EEESMO: realidade internacional.....	61
4.1.2 Modelos de cuidados liderados pelo EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco: em Portugal	63
4.2 Metodologia	63
4.2.1 Tipo de estudo.....	63
4.2.2 Objetivo e finalidade do estudo.....	65
4.2.3 Questão de investigação	65
4.2.4 População e amostra.....	66
4.2.5 Instrumento de recolha de dados	67

4.2.6	Procedimento de recolha de dados	68
4.2.7	Tratamento de dados	68
4.2.8	Procedimentos éticos.....	70
4.3	Resultados	71
4.4	Discussão dos resultados	78
4.5	Conclusão.....	85
5.	CONCLUSÃO GERAL	88
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	90
	ANEXOS	112
	ANEXO I – Aprovação comissão de Ética do IPVC	113
	APÊNDICES.....	114
	APÊNDICE I – Consentimento Informado	115
	APÊNDICE II – Guião de Entrevista	118
	APÊNDICE III – Perceção das mulheres com o Modelo de Cuidados Liderados pelo EEESMO...	122

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Experiências mínimas realizadas.	17
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica.....	73
Tabela 3 - Síntese das áreas temáticas, categorias e subcategorias, relativas às entrevistas realizadas.....	75

RESUMO

INTRODUÇÃO: Este relatório é o culminar dum processo formativo e é composto por duas partes: uma análise crítico-reflexiva sobre a prática realizada e uma componente de investigação em enfermagem. A primeira parte foca-se na caracterização dos contextos clínicos e reflete sobre o impacto das atividades desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional no aperfeiçoamento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Já a segunda parte apresenta um estudo que visa desenvolver competências investigativas, resultado das reflexões e partilhas realizadas ao longo do primeiro ano do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Este estudo explora a experiência das mulheres com o modelo de cuidados liderado pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal.

OBJETIVO: Refletir criticamente sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional, bem como explorar a relação entre a experiência e a satisfação das mulheres, percebendo os preditores da satisfação das mulheres com os cuidados liderados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na vigilância da gravidez de baixo risco.

METODOLOGIA: A prestação de cuidados ao longo do estágio foi pautada pela teoria *Midwifery* de médio alcance de Kennedy, focada na mulher como centro do cuidado, destacando o empoderamento e a tomada de decisões informadas durante a gravidez e o parto. Foi realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional, considerando as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Realizou-se um estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório.

RESULTADOS: O estudo identificou que a relação de proximidade, a empatia, a escuta ativa e a competência dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foram fundamentais para a satisfação das mulheres com os cuidados recebidos durante o ciclo gravídico. As participantes valorizaram o cuidado personalizado, a otimização dos processos fisiológicos da gravidez e a possibilidade de decisão partilhada, sentindo-se mais seguras e confiantes no acompanhamento.

Globalmente, as participantes revelaram que o modelo de cuidados liderado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica lhes promoveu uma experiência positiva, reforçando a sua autoconfiança e o sentimento de protagonismo na gravidez.

CONCLUSÃO: A atuação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige uma abordagem multifacetada no acompanhamento da gravidez, do nascimento e do período pós-parto. O modelo de cuidados liderado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Portugal revelou-se promotor de uma experiência positiva para as mulheres, fortalecendo a confiança, o envolvimento e a satisfação durante a gravidez, nascimento e pós-parto. A relação de proximidade e o cuidado centrado na mulher destacaram-se como elementos-chave para a qualidade dos cuidados prestados. A experiência adquirida durante o Estágio de Natureza Profissional foi fundamental para o desenvolvimento das competências necessárias para uma prática de excelência. Este relatório reforça ainda a importância da investigação contínua para melhorar os cuidados prestados às grávidas em Portugal.

Palavras-chave: assistência pré-natal; enfermeira obstétrica; mulher; saúde materna.

ABSTRACT

Introduction: This report marks the end of a training process and consists of two parts: a critical-reflective analysis of the placement undertaken and a research component. The first part focuses on the characterisation of the clinical setting where the placement took place, and reflects on the impact of the activities carried throughout, enhancing both the common competencies and the specific competencies of the midwife. The second part presents a research study aimed at developing research skills, and as a result of the reflections and discussions held throughout the first year of the master's degree in maternal and obstetric health nursing. This study explores women's experiences with the midwife-led care model in antenatal care, in Portugal.

Objective: To critically reflect on the process of acquiring and developing midwifery competencies throughout the Professional Placement, as well as to explore the relationship between women's experiences and satisfaction, identifying the predictors of their satisfaction with midwife-led care in antenatal care.

Methodology: The care provided during the internship was guided by Kennedy's mid-range Midwifery Theory, which focuses on the woman as the centre of care, highlighting empowerment and informed decision-making during pregnancy and childbirth. A critical-reflective analysis was conducted on the activities developed during the Professional Placement, considering both the common and specific competencies of the Midwife. Additionally, a qualitative exploratory-descriptive study was carried out.

Results: The study identified that proximity, empathy, active listening, and the competence of Midwives are fundamental to women's satisfaction with the care received during pregnancy. Participants valued personalised care, the optimisation of physiological pregnancy processes, and the opportunity for shared decision-making, leading to greater security and confidence in their care. Overall, the participants reported that the midwife-led care model provided them with a positive experience, reinforcing their self-confidence and sense of agency during pregnancy.

Conclusion: The role of the Midwife requires a multifaceted approach to supporting pregnancy, childbirth, and the postpartum period. The midwife-led care model in Portugal

has proven to promote a positive experience for women, strengthening their confidence, involvement, and satisfaction throughout pregnancy, birth, and the postpartum period. The close relationship and woman-centred care approach emerged as key elements for the quality of care provided. The experience gained during the Professional Placement was essential for developing the competencies required for excellence in practice. Furthermore, this report highlights the importance of continuous research in improving maternity care in Portugal.

Key words: antenatal care; midwife; woman; maternal health.

LISTA DE ABREVIATURAS

bpm – batimento por minuto

cm – centímetros

dL – decilitro

et al. - et alli (e outros)

etc. – et cétera (e outras coisas)

h - hora

kg- quilograma

L – litro

m² – metros quadrados

mg – miligrama

min – minutos

ml – mililitro

mmHg – milímetro de mercúrio

n.d. - sem data

n^o - número

p. - página

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

FIGO: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

WHO - World Health Organization

LISTA DE SIGLAS

BP: Bloco de Partos

CMESMO: Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CSP: Cuidados de Saúde Primários

CTG: Cardiotocografia

DGS: Direção Geral de Saúde

EEESMO: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP: Estágio de Natureza Profissional

HPP: Hemorragia Pós-Parto

IA: Índice de Apgar

ICM: International Confederation of Midwives

IMC: Índice de Massa Corporal

IPVC: Instituto Politécnico de Viana do Castelo

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

OE: Ordem dos Enfermeiros

PNVGBR: Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

PTGO: Prova de Tolerância à Glicose Oral

RENP: Relatório de Estágio de Natureza Profissional

RN: Recém-Nascido

RPM: Rotura Prematura de Membranas

SMO: Saúde Materna e Obstétrica

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPD: Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPOMMF: Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SU: Serviço de Urgência

TP: Trabalho de Parto

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS: Unidade Local de Saúde

USF: Unidade de Saúde Familiar

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A *World Health Organization* (WHO, 2016) recomenda que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período neonatal, argumentando que o ciclo gravídico-puerperal é um momento privilegiado, em que os cuidados constituem uma oportunidade para a promoção de saúde. A WHO (2024a) expande essa visão ao enfatizar a transição para modelos de cuidado liderados por *midwives*, defendendo que essas profissionais são essenciais para assegurar cuidados equitativos, reduzir intervenções desnecessárias e melhorar os resultados em saúde materna e neonatal. Tal transição exige o investimento em formação, integração e apoio político às *midwives* como líderes nos sistemas de saúde.

Este relatório tem como objetivo atender aos critérios estabelecidos pela unidade curricular do Estágio de Natureza Profissional (ENP), integrado no segundo semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), do consórcio constituído pelo Instituto Politécnico de Bragança, pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, por meio das suas Escolas Superiores de Saúde.

O ENP teve como objetivo geral a aquisição de competências na prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e, como objetivos específicos, a aplicação dos conhecimentos no planeamento, execução e avaliação destes cuidados. Neste sentido, o ENP teve como intuito interpretar a complexidade da prática de enfermagem especializada, fundamentando-se em evidências científicas para oferecer e gerir cuidados especializados ao longo do ciclo de vida, abrangendo indivíduos, famílias, grupos e comunidades em diferentes níveis de prevenção. Enfatizando a integração dos princípios éticos e legais que norteiam a profissão, promovendo ações autónomas e interdisciplinares adaptadas a cada contexto clínico. Além disso, destacou a participação na elaboração, implementação e avaliação de programas de intervenção em Saúde Materna e Obstétrica (SMO). Documentou os cuidados/intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica. E ainda, promoveu a sistematização da evidência e integração do conhecimento técnico-científico, ético e relacional e capacidade de argumentação que fundamentam a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos e imprevisíveis, respeitando a obtenção das exigências traçadas de acordo com o enquadramento legal.

Como objetivos pessoais e profissionais propostos para este estágio, delineou-se o aperfeiçoamento das competências essenciais para a prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica, abrangendo todos os níveis de prevenção e assistência.

De forma a dar resposta a todos estes objetivos de estágio, optou-se pela realização do ENP em contexto de cuidados de saúde diferenciados (hospital) e nos cuidados de saúde primários (CSP), bem como a realização de um estudo de investigação que surgiu em contexto da prática clínica. O ENP teve um total de 810 horas, divididas em 630 horas de trabalho presencial e 180 horas de trabalho autónomo.

O primeiro momento do ENP decorreu num bloco de partos (BP) do serviço de obstetrícia de um hospital da região Norte, e o segundo momento numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O enfermeiro especialista, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), é aquele que, independentemente da especialidade, apresenta competências comuns demonstradas através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda apresenta um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação. Este, possui competências específicas de forma a responder aos processos de vida e problemas de saúde, com conhecimento aprofundado numa área específica, evidenciando alto nível de julgamento clínico, tomada de decisão e habilidades especializadas numa área de intervenção (OE, 2019a).

De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP-2010), o EEESMO tem como funções principais planear, coordenar, executar e avaliar cuidados especializados de enfermagem de SMO nos períodos pré-concepcional, pré-natal, intraparto e pós-natal. Além disso, é responsável por informar e aconselhar em questões relacionadas com o planeamento familiar, vigiar a gravidez e realizar os exames necessários para monitorizar a sua evolução, assim como elaborar programas de preparação para a maternidade e para o parto. Durante o trabalho de parto, presta assistência à parturiente, vigia o estado do feto e pode assistir partos normais. Também compete a este profissional detetar sinais na mãe ou no recém-nascido que indiquem desvios que exijam intervenção médica, bem como assistir o recém-nascido, cuidar da puerpera e orientar os pais sobre os cuidados necessários ao bebé (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A elaboração deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENPF) permitiu refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências e sobre a

consecução dos objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do ENP, para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da SMO, refletindo sobre as experiências de aprendizagem, à luz da evidência científica (OE, 2021a).

Este RENP permitiu também refletir e compreender a “Experiência das mulheres com os cuidados liderados por EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal”, baseada nos pressupostos de uma investigação qualitativa.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro partes. Na primeira parte elaborou-se uma contextualização do estágio de natureza profissional. A segunda parte fez-se uma análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Na terceira parte, realizou-se uma análise crítico-reflexiva do ENP, e a quarta parte dedicou-se ao estudo de investigação, onde se incluíram os objetivos, conceitos, metodologia, apresentação dos resultados e as conclusões do estudo.

O relatório termina com uma conclusão geral sobre este percurso formativo.

1.1. Estágio de natureza profissional

O ENP consiste numa unidade curricular inserida no segundo semestre do segundo ano do CMESMO e teve como objetivo o desenvolvimento das competências exigidas no curso de mestrado e das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a, 2019b), e é um elemento central na transição de enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, através de um processo de desenvolvimento e valorização profissional pretendido pela OE (2021a).

Este estágio decorreu conforme descrito em dois contextos distintos, inicialmente em contexto hospitalar e por último em contexto de CSP. Ambos os estágios decorreram sob a orientação tutorial de um EEESMO e sob a orientação pedagógica de uma docente do IPVC que proporcionou e promoveu o processo de crescimento pessoal e profissional autónomo, sendo um elemento fundamental, potenciador e reforçador da motivação para o alcance dos objetivos do estágio, bem como dos objetivos pessoais.

A escolha para a realização da primeira parte do ENP num hospital da zona norte passou pela proximidade do local de trabalho e de residência e pela possibilidade de conhecer outro contexto da prática de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica. Tendo em conta que a preparação para o exercício da profissão advém, também, da observação de diferentes modelos de prestação de cuidados ao longo do período de formação (Serrano *et al.*, 2011). A diversidade de experiências proporcionadas

por um hospital de referência da região, uma nova equipa, novas instalações e novos métodos de trabalho foi preponderante na escolha deste local de estágio.

Para a segunda fase do ENP, a proposta passou por uma UCSP da região norte pelo facto de também ser próximo do local de trabalho e de residência e por ser um campo de estágio que permitisse atingir os números de experiências mínimas exigidas, relativamente às consultas de vigilância pré-natal.

Realizar-se-á, de seguida uma descrição de cada contexto onde decorreu o ENP.

1.1.1 Estágio de enfermagem de saúde materna e obstétrica em contexto hospitalar.

Como referido anteriormente, a primeira parte do ENP realizou-se no serviço de obstetrícia, nomeadamente no BP de uma unidade hospitalar, desde 19 de fevereiro de 2024 a 31 de maio de 2024, num total de 419,5 horas de trabalho presencial no BP do serviço de obstetrícia.

Este hospital, com mais de 500 anos de história, funciona como uma Entidade Pública Empresarial, sendo parte integrante de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Hospital de Braga, *n.d.*). As ULS integram numa só entidade os cuidados de saúde primários e diferenciados, centralizando a organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, e simplificando o acesso das pessoas e a sua circulação conforme as necessidades entre as instituições (Governo da República Portuguesa, 2023). Esta ULS foi criada a 01/01/2024 pelo Decreto-Lei nº 102/2023, de 07 de novembro.

O hospital onde decorreu o ENP é responsável pela prestação de cuidados de saúde a aproximadamente 1.2 milhões de pessoas da região Minho e conta com equipas clínicas multidisciplinares altamente diferenciadas, que oferecem serviços de saúde de alta qualidade e excelência, possuindo equipamentos com tecnologia de ponta. Aliando unidades de prestação de cuidados de saúde, investigação e ensino universitário (Hospital de Braga, *n.d.*).

Em 2023, segundo dados do SNS disponibilizados no portal da transparência, realizaram-se aproximadamente 66 106 partos nos hospitais portugueses, dos quais 44 840 foram partos vaginais e 21 266 cesarianas (Ministério da Saúde, *n.d.*). No mesmo período, de acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2024), na unidade hospitalar onde decorreu o estágio, registaram-se cerca de 2 578 partos, sendo 826 por cesariana.

O serviço de obstetrícia deste hospital está classificado como um serviço de referência obstétrica de nível III, tendo em conta a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas. Esta classificação deve-se à realização pela unidade hospitalar de, no mínimo, 1.500 partos anuais, possuir um Serviço de Obstetrícia e Ginecologia com a capacidade de assegurar todos os cuidados de saúde descritos para os hospitais de nível I e nível II (para a população da sua área de influência direta) e, adicionalmente, os cuidados necessários para a resolução de patologia obstétrica e ginecológica complexa (SNS, 2023).

Este serviço é constituído por cinco valências: a consulta de obstetrícia, o serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, o BP, o internamento de puerpério e o internamento de grávidas (patologia materno-fetal ou gravidez de risco). A admissão da grávida realiza-se pelo serviço de urgência geral, onde é encaminhada para o serviço de urgência de obstetrícia. Após a avaliação da equipa médica e do EEESMO, a parturiente pode ser encaminhada para o BP ou para o internamento de grávidas, dependendo do motivo de procura de saúde.

De salientar que neste serviço é permitido ao convivente significativo acompanhar a parturiente em todos os momentos, inclusive, se necessário, no internamento durante a gravidez.

O BP é constituído por oito salas de parto, com casa de banho privativa, onde são prestados cuidados individualizados à parturiente/convivente significativo, durante o trabalho de parto (TP) e parto, um bloco operatório para cesarianas urgentes, uma sala de recobro, uma sala de trabalho de enfermagem e vários compartimentos para a gestão e manutenção diária do serviço. Adjacentes ao BP, encontram-se os serviços de urgência ginecológica e obstétrica, com dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, a secretaria de unidade e o serviço de Neonatologia. Estes dois serviços possuem uma entrada direta no serviço, possibilitando uma atuação mais rápida e eficaz em situação emergente.

A equipa de enfermagem do serviço de obstetrícia é constituída na totalidade por um EEESMO chefe, 56 EEESMO que prestam cuidados nas diferentes valências do serviço de obstetrícia e por 16 enfermeiros generalistas. A equipa médica é constituída por 49 médicos especialistas em obstetrícia/ginecologia, um dos quais diretor do serviço.

No âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, o hospital apresenta vários projetos, em destaque, “maternidade com qualidade”, “Nascer cidadão” e a linha de apoio à amamentação.

Em relação à equipa de EEESMO do BP, esta é constituída por cinco elementos, quer no turno diurno, quer no turno noturno. Destes cinco, um EEESMO assegura o serviço de urgência (SU) de obstetrícia/ginecologia e outro dá apoio à sala de cesarianas/bloco operatório, estando responsável pelos cuidados imediatos ao recém-nascido (RN) e à promoção do contato pele a pele com a mãe, estando três EEESMO afetos exclusivamente às salas de parto.

Em relação à equipa médica, estão escalados cinco médicos obstetras no SU de obstetrícia/ginecologia e no apoio à sala de partos, assim como um médico anestesta destacado durante 24h. O BP conta ainda com o apoio permanente de dois pediatras que se encontram no serviço de neonatologia.

Relativamente à dinâmica do serviço, salienta-se a organização e a articulação profissional entre as equipas multidisciplinares dos serviços envolvidos. No BP, deste Hospital, compete ao EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, garantindo um ambiente seguro para o nascimento, promovendo a saúde da parturiente e do recém-nascido na adaptação à vida extrauterina, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação, de acordo com a orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023 da Direção Geral de Saúde (DGS) (Portugal, 2023b) e a OE (2019b).

Neste BP prevalece o modelo de individualização dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica sendo que cada EEESMO é responsável pela prestação de cuidados a um máximo de três parturientes/conviventes significativos.

A integração neste contexto de estágio, especialmente em ambientes partilhados com outras colegas de formação e outros profissionais, constituiu um processo essencial para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Este período caracterizou-se pela adaptação às dinâmicas do local de trabalho, bem como pela interação com diversos agentes que desempenharam papéis relevantes na experiência formativa. A partilha do espaço com colegas promoveu um ambiente de troca constante de conhecimentos e experiências, favorecendo a construção de relações interpessoais.

1.1.2 Estágio de enfermagem de saúde materna e obstétrica em contexto de cuidados de saúde primários

O segundo momento do ENP decorreu, em contexto de CSP, mais concretamente numa UCSP da região norte, de 03 de junho a 31 de julho de 2024, num total de 135 horas de trabalho presencial.

Os CSP são fundamentais no sistema de saúde e estão intrinsecamente ligados ao desenvolvimento social e económico. Eles são baseados em princípios como proximidade, continuidade, sustentabilidade, acessibilidade, eficiência, participação e equidade, com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença, fornecer tratamento e reabilitação (WHO & United Nations Children's Fund, 2018).

Em Portugal, os CSP constituem o primeiro ponto de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, representando uma resposta de proximidade e continuidade no processo assistencial, garantindo a acessibilidade e a coordenação dos cuidados, enquanto promovem a saúde, previnem doenças e acompanham a gestão de condições crónicas (Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto).

Relativamente à UCSP onde decorreu o ENP, esta iniciou a sua atividade com o objetivo de dar resposta aos residentes do concelho que não possuem equipa de família atribuída ou que não reúnam condições necessárias para a obtenção do número de utente e por conseguinte os impossibilita de se inscreverem numa unidade de saúde. A equipa da UCSP é constituída por 3 enfermeiros, 3 médicos especialistas em medicina geral e familiar e 1 assistente técnico. De salientar que a equipa de enfermagem é composta exclusivamente por EEESMO.

A unidade é um espaço improvisado de forma a dar resposta à elevada afluência da população migrante necessitando de cuidados. O espaço físico caracteriza-se então por um pequeno gabinete de enfermagem, um pequeno gabinete médico e uma sala de amenidades reaproveitada em secretaria da unidade. Esta UCSP propõe uma prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade. Esta pretende também ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados e adequados às especificidades da sua comunidade, de forma a obter mais ganhos em saúde.

De forma genérica, nesta UCSP, o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a

potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, e por fim cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, como preconizado pela OE (2019b).

Nesta UCSP vigora um modelo de cuidados partilhado pelo EEESMO e o médico de medicina geral e familiar.

Tendo sido descritos os contextos formativos, seguir-se-á, uma análise crítica que visa refletir sobre o processo de aquisição, consolidação e desenvolvimento das competências adquiridas.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A análise e reflexão crítica de todas as ações é fundamental, pois permite examinar, analisar e avaliar as experiências, pensamentos, ações e crenças de forma profunda e objetiva. Ao refletir criticamente sobre experiências e ações, é possível identificar áreas de melhoria, aprender com os desafios, ajustar abordagens e aperfeiçoar competências ao longo do tempo.

Para a obtenção do grau de Mestre e do Título de Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna e Obstétrica, é fundamental a aquisição de competências comuns e específicas, plasmadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE. Pretende-se que com a aquisição destas competências, o EEESMO seja capaz de cuidar e responsabilizar-se pela vigilância da mulher em todas as fases da sua vida: planeamento familiar, pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, saúde/doença ginecológica, bem como cuidar e detetar precocemente complicações na saúde do RN até ao 28º dia de vida (OE, 2019b). A aquisição de competências avançadas, como capacidades clínicas, analíticas e interpessoais, é essencial na formação do EEESMO, capacitando-o a prestar cuidados de saúde de alta qualidade e centrados na mulher/família.

Estas competências não só promovem a excelência profissional, como também elevam os padrões dos serviços de saúde, beneficiando diretamente os resultados para as utentes e fortalecendo o sistema de saúde.

Este capítulo é, portanto, dedicado à análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas neste estágio.

2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o disposto no Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro, as Competências Comuns: “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade”. (OE, 2019a, p.4744)

Entre estas competências, a OE (2019a) destaca: Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade; Competência do domínio da gestão de cuidados; Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EEESMO aprimora a sua prática profissional garantindo que todas as suas ações estejam alinhadas com as leis, os princípios éticos e a deontologia profissional. Assim, assegura cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é uma profissão autorregulada, sendo o seu exercício fundamentado por princípios éticos e deontológicos partilhados com a Enfermagem no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Neste âmbito, a prática nos diversos contextos clínicos orientou-se nos princípios éticos fundamentais, como o respeito pela autonomia e a prestação de cuidados com base no consentimento informado da grávida/parturiente/puérpera, tendo em conta a dignidade humana, a integridade e a vulnerabilidade. A obtenção do consentimento informado foi considerada um processo fundamental, conduzido com total transparência e respeito pela autonomia da mulher. Para isso, forneceu-se uma explicação detalhada sobre os procedimentos a realizar, incluindo potenciais benefícios, riscos e alternativas, bem como um tempo adequado para reflexão e decisão. Dessa forma, assegurou-se a participação ativa e consciente da mulher nas decisões sobre os cuidados prestados, promovendo um modelo de assistência humanizado, que valoriza as suas necessidades individuais e garante a proteção da sua dignidade e direitos (OE, 2021a; OE, 2019b).

Teve-se em conta ainda o princípio da não maleficência, assegurando que os cuidados prestados não causassem dano; o princípio da beneficência, promovendo o bem-estar e a proteção das utentes; e finalmente o princípio da justiça, que garantiu a prestação de cuidados de forma equitativa e imparcial. Estes princípios já norteadores da prática profissional, foram facilmente integrados no contexto de estágio.

No domínio da melhoria continua da qualidade, o EEESMO assegura um papel ativo no avanço e apoio das iniciativas estratégicas da instituição no que diz respeito à governação clínica, promovendo uma cultura de qualidade e segurança nos cuidados de saúde. O EEESMO desenvolve práticas orientadas para a excelência, participando e colaborando em programas de melhoria contínua. Além disso, ajusta a liderança e a gestão dos recursos conforme as necessidades e o contexto específico, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados prestados e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a).

Neste âmbito, durante o percurso existiram vários momentos de reflexão sobre a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente/convivente significativo/RN. Os

enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica serviram de elementos norteadores dessa reflexão: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, autocuidado, autocontrole e mestria, a readaptação funcional às novas condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem especializados em SMO (OE, 2021b). Estes enunciados descritivos são também fundamentais no domínio da gestão de cuidados. O EEESMO assegura a gestão dos cuidados otimizando a resposta e efeito na parturiente/convivente significativo/RN que cuida, bem como a resposta e articulação de cuidados com a restante equipa de saúde. A liderança e a gestão dos recursos e dos cuidados devem ser adaptadas às situações e ao contexto, garantindo como objetivo último a qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

Neste domínio, e no que toca ao ENP, refletiu-se também sobre a função do EEESMO orientador bem como do chefe de equipa e o seu papel fundamental na gestão e organização do serviço. Com estes, houve a possibilidade de compreender e colaborar na dinâmica de articulação com a equipa multidisciplinar, na referenciação e solicitação de colaboração com outros profissionais de saúde.

Também a interação com a parturiente/convivente significativo/RN e equipa multidisciplinar, os momentos de reflexão crítica das atividades desenvolvidas e a perceção dos aspetos a melhorar através da partilha de experiências durante as sessões de orientação tutorial foram essenciais para o desenvolvimento profissional.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EEESMO desenvolve competências de autoconhecimento, baseando a sua prática especializada em evidência científica (OE, 2019a). O autoconhecimento do EEESMO é identificado em *Midwifery Theory* como elemento que sustenta a prática de enfermagem em SMO. Segundo Paz *et al.* (2024), o EEESMO necessita de reunir conhecimento científico desenvolvido ao longo da vida, através das suas próprias experiências como pessoa, valores e atitudes. O autoconhecimento do EEESMO é também explorado pela filosofia que o descreve como a capacidade de identificar faculdades inatas e reuni-las com novo conhecimento (Chen, 2011).

Assim, considerou-se que todo o percurso formativo foi essencial no desenvolvimento de competências comuns de EEESMO, por meio de atividades que permitiram realizar uma análise crítica sobre a prática à luz da evidência científica, mobilizando conhecimentos que suportaram as tomadas de decisão durante a prestação

de cuidados, mas também no desenvolvimento de competências de autoaprendizagem e de reflexão.

No próximo tópico, apresentar-se-á uma reflexão crítica sobre as competências específicas adquiridas ao longo do ENP e sobre as experiências mínimas exigidas pela Diretiva 2005/36/CE, de 07 de setembro de 2005 (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2005).

2.2 Reflexão crítica sobre as competências específicas adquiridas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

De acordo com a OE (2019b), o perfil de competências específicas do EEESMO complementa o perfil de competências comuns, formando um conjunto especializado de competências que serve como base reguladora para a sua certificação e clarificando as expectativas dos cidadãos em relação ao seu desempenho. Com base nesta definição, este subcapítulo aborda as competências específicas adquiridas e desenvolvidas ao longo do ENP, com destaque para a prestação de cuidados à parturiente no contexto familiar e comunitário durante o trabalho de parto, bem como no período pós-natal.

Todas estas competências têm por base princípios basilares do cuidado em enfermagem de saúde materna e obstétrica, como os cuidados centrados na pessoa, a importância da relação e parceria entre a mulher e o EEESMO, a facilitação e otimização dos processos fisiológicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais e a utilização/recomendação de intervenções apenas quando indicadas (*International Confederation of Midwife*, 2014; Kennedy, 2000; WHO, 2024a).

Relativamente ao ENP, desenvolveu-se e aprofundou-se competências específicas, relacionadas com o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e puerpério.

No âmbito do domínio de competência - **Gravidez - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, é de reconhecimento geral que os cuidados de saúde de qualidade durante a gravidez resultam em melhores resultados de saúde e uma experiência positiva tanto para as grávidas quanto para os prestadores de cuidados qualificados (Tunçalp, 2015).

Segundo a WHO (2016), os cuidados pré-natais referem-se à assistência prestada por profissionais de saúde qualificados, garantindo condições ideais de saúde para a grávida e feto durante a gravidez. Incluindo a identificação de riscos, prevenção e

tratamento de doenças, bem como educação e promoção da saúde. Estes cuidados reduzem a morbimortalidade materna e perinatal ao identificar complicações e encaminhar casos de risco para níveis de cuidados adequados.

Na vigilância pré-natal, a OE preconiza que os EEESMO assumam, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes quando estão envolvidos processos patológicos ou disfunções no ciclo de vida da mulher (OE, 2010). Os cuidados pré-natais providenciados pelos EEESMO não se limitam à avaliação da progressão da gravidez e à identificação de desvios da normalidade. O seu propósito estende-se à promoção e otimização de uma gravidez fisiológica, ao incentivo de comportamentos saudáveis, ao fomento do bem-estar físico e emocional, ao cuidado com a saúde mental e à preparação para um trabalho de parto fisiológico (OE, 2023).

Relativamente ao domínio de competência - **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto** - o EEESMO cuida da mulher durante o TP, assegurando uma prática de cuidados num ambiente seguro, com o objetivo de otimizar a saúde da parturiente e RN, respeitando o convivente significativo que a acompanha e assegurando uma experiência de parto positiva (OE, 2021b).

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO para a vigilância do trabalho de parto, as responsabilidades destes profissionais abrangem a monitorização e avaliação do progresso do trabalho de parto, oferecendo apoio físico e emocional e agindo prontamente na gestão de complicações. Para além disso, assistem e otimizam o parto normal, promovem contacto pele a pele e apoiam o início da amamentação (OE, 2019b).

Recentes orientações da DGS (Portugal, 2023b) reforçam a responsabilidade do EEESMO na vigilância do TP de baixo risco, seguindo os pressupostos de que a gravidez é um processo fisiológico normal, em que os cuidados deverão ser de natureza holística e contínua, baseados na compreensão das experiências sociais, emocionais, culturais, espirituais, psicológicas e físicas das mulheres, prestando cuidados emancipatórios, que protegem e melhoram a saúde e o bem-estar e aumentam a autoconfiança das mulheres na sua capacidade de lidar com o parto. A OE (2023) acrescenta que para além do supracitado, os cuidados deverão ser planeados em parceria com a mulher, reconhecendo o seu direito à autodeterminação, e assim caracterizarem-se por respeitosos, personalizados, contínuos e não autoritários.

Relativamente ao domínio de competência - **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal** - o EEESMO dá resposta às necessidades da mulher no pós-parto, através da avaliação da evolução e promoção da recuperação pós-parto, adaptação à parentalidade, bem como da transição do recém-nascido ao ambiente extrauterino (OE, 2019b, 2021b).

As competências do EEESMO na vigilância da gravidez, trabalho de parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido são consideradas essenciais para garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé após o parto (WHO, 2024a).

Embora todas as competências acima descritas estejam bem definidas em regulamentos e decretos, na realidade a profissão de EEESMO suscita alguns desafios, nomeadamente o comum sentimento de desvalorização da profissão. Além disso, em Portugal, os EEESMO não têm recebido, na maioria dos casos, o contexto necessário para desempenhar plenamente todas as suas competências, resultando num claro desperdício das suas capacidades. Um claro exemplo é o acompanhamento de mulheres com gravidez de baixo risco no SNS, onde, na vasta maioria dos casos, equipas de saúde familiar, treinadas em cuidados gerais (médico de medicina geral e familiar e enfermeiro de família), cuidam da mulher grávida, ao invés de EEESMO, especialmente treinado para a otimização e assistência deste acontecimento fisiológico de vida.

Outros desafios prendem-se com a falta de recursos, como equipamentos adequados e instalações adequadas para a prática, o que pode afetar negativamente a qualidade do cuidado que prestam. Além disso, o estigma e a falta de reconhecimento são problemáticas que dificultam o exercício integral do papel do EEESMO, impactando a confiança das mulheres em procurar os seus serviços especializados.

Estes desafios, não documentados ainda na literatura portuguesa, estão bem identificados na literatura internacional por estudos que procuram identificar os impedimentos à prática plena da profissão (Brodie, 2002; Collin *et al.*, 2000; Sangy *et al.*, 2023). De acordo com o *United Nations Population Fund* (2021), a superação destas barreiras requer uma abordagem multifacetada, que inclua políticas públicas favoráveis, investimentos em educação e formação, fortalecimento da autonomia profissional e valorização do papel essencial do EEESMO na saúde materna.

As autoridades competentes devem considerar a nova orientação da WHO (2024a), que enfatiza a implementação de *Midwifery Models of Care* como uma estratégia essencial para melhorar os cuidados maternos. Estes modelos proporcionam uma oportunidade única para valorizar o papel dos EEESMO, destacando a sua competência

na oferta de cuidados centrados na mulher, respeitando as suas escolhas, necessidades e desejos ao longo do parto e do período pós-parto.

De acordo com o mesmo documento, os EEESMO são preparados para adotar uma abordagem holística da saúde, integrando dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais nos seus cuidados. Adicionalmente, o seu papel é especialmente relevante em contextos rurais e remotos, onde muitas vezes são os únicos prestadores disponíveis, garantindo cuidados em locais com acesso limitado a serviços médicos (WHO, 2024a).

Nos países onde os modelos de cuidado liderados por EEESMO estão bem implementados, há evidências de uma redução significativa de intervenções desnecessárias durante o parto. Estudos, incluindo os liderados por Sandall *et al.* (2024), destacam que esses modelos não apenas promovem um aumento nas taxas de partos vaginais espontâneos, mas também melhoram a experiência das mulheres, garantindo cuidados centrados nas suas necessidades e preferências. Este enfoque, que minimiza intervenções desnecessárias, está alinhado às novas orientações da WHO, que promovem os modelos de cuidado obstétrico baseados na prática de EEESMO como estratégia eficaz e sustentável para melhorar os resultados de saúde materna e neonatal a nível global (WHO, 2024a).

Em suma, apesar dos desafios significativos, a profissão tem também muitas oportunidades de crescimento e fortalecimento em Portugal, especialmente por iniciativa das mulheres, com o aumento do interesse em cuidados centrados nas suas necessidades individuais e promoção da fisiologia normal da gravidez e parto. Neste sentido, é fundamental um processo estruturado para a obtenção do diploma de EEESMO, que inclui requisitos e experiências mínimas, os quais serão explanados no tópico seguinte.

2.2.1 Reflexão crítica sobre as experiências mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A formação de EEESMO em Portugal está alinhada com as normas europeias, e ainda que a Europa tenha a mais longa tradição mundial em *Midwifery*, esta também possui sistemas de saúde e políticos muito diferentes. Em 1999, com a declaração de Bolonha, a União Europeia comprometeu-se a criar um ambiente educacional coerente, compatível, competitivo e atrativo entre os estados-membros para estudantes nacionais e internacionais. Isso foi alcançado através de várias medidas e políticas que promoveram a qualidade, a mobilidade e a acessibilidade do ensino superior na Europa, através do

esforço para sistemas comuns no setor do ensino superior, criando graus académicos reconhecíveis e comparáveis, promovendo a mobilidade dos estudantes, professores e investigadores. A Declaração de Bolonha tem também apoiado a profissão de *Midwife* na Europa, promovendo o pensamento crítico e a prática baseada em evidência científica, respondendo assim às crescentes exigências dos cuidados na maternidade modernos, assegurando um atendimento qualificado e atualizado (Vermeulen *et al.*, 2019).

Portugal também garantiu, pela Lei nº 31/2021, de 24 de maio, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE, de 07 de setembro de 2005, que procede à alteração da Lei nº 9/2009, de 4 de março, o reconhecimento e a respetiva qualificação da “Parteira” entre os Estados-Membros, permitindo, deste modo, a mobilidade de profissionais especializados (p. 43).

Em Portugal, a formação de “Parteira” é realizada por meio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Este curso aprofunda os conhecimentos e competências na área de cuidados maternos e obstétricos e inclui estágios supervisionados (Lei nº 31/2021, de 24 de maio, p. 104).

Considera-se que a aprendizagem em contexto de estágio desempenha um papel importante no desenvolvimento das competências clínicas essenciais, proporcionando um ambiente onde os estudantes aplicam o conhecimento teórico em situações reais, sob a supervisão de profissionais experientes. A integração dos estudantes nas equipas de saúde oferece-lhes uma visão abrangente do cuidado, permitindo que aprimorem capacidades e aprendam a trabalhar em equipa e desenvolvam a capacidade da tomada de decisão, responsável e fundamentada (Alarcão & Rua, 2005; Cunha *et al.*, 2018).

Desta forma, para a certificação profissional da OE, fazendo cumprir a Lei nº 31/2021, de 24 de maio, foram exigidas experiências mínimas a realizar pela estudante, que foram integralmente realizadas conforme Tabela 1.

Tabela 1- Experiências mínimas realizadas.

Experiências mínimas	Experiências realizadas
<i>Realizar consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais</i>	100
<i>Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes</i>	40
<i>Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;</i>	41 realizados

<i>Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação</i>	2 (1 participação ativa e 1 simulação)
<i>Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a sutura de episiotomias e lacerações simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;</i>	7 (2 episiotomias e 5 correções de lacerações)
<i>Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco</i>	47
<i>Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais</i>	100
<i>Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes</i>	15
<i>Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.</i>	25

Tendo em conta as experiências mínimas exigidas e as experiências realizadas, é possível concluir que se atingiu e superou os objetivos propostos. A exigência destas experiências mínimas, ainda que fundamental, gerou ao longo dos estágios uma certa ansiedade e receio de não as conseguir concretizar, sobretudo diante das dificuldades que tornavam este objetivo desafiador. Em particular, destacam-se a partilha do local de estágio com outros estudantes e profissionais (também com experiências mínimas obrigatórias), a baixa taxa de natalidade e a elevada instrumentalização. Estes fatores restringiram as oportunidades práticas para a formação, porém, o tempo de estágio revelou-se suficiente para alcançar as experiências exigidas, o que contribuiu para reduzir a apreensão inicial.

No próximo capítulo, realizar-se-á uma análise crítico-reflexiva, objetiva e contextualizada, à luz da evidência científica, das atividades realizadas ao longo do ENP, assim como o seu contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Como princípio orientador para a prática profissional, identificou-se a necessidade de um referencial teórico, num modelo de prática exemplar de cuidados centrados na mulher. Selecionou-se a *Midwifery Theory* de médio alcance de Holly Kennedy (2000) intitulada *Exemplary Midwifery Practice*, tendo em conta os pressupostos da prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período fértil.

As teorias facilitam a consciencialização da existência de uma base epistemológica para os cuidados de saúde e funcionam como importantes ferramentas orientadoras para a organização desses cuidados (Eri *et al.*, 2020). Halldorsdottir e Karlsdottir (2011) adicionam que as teorias servem como uma estrutura ampla para a prática e podem também expressar os objetivos de uma profissão e os valores que lhe são essenciais.

A *Exemplary Midwifery Practice*, doravante denominado por Modelo de Prática Exemplar de Kennedy (2000), identificou o conceito de práticas exemplares das *midwives*, identificando as principais características, processos e resultados que definem uma atuação de excelência nessa área. Entre os principais aspetos identificados estão a otimização da gravidez e do parto, como processos normais/fisiológicos do ciclo de vida da mulher, a vigilância cuidadosa e o respeito à individualidade da mulher. Kennedy (2000) acrescenta que parte da essência da profissão está na habilidade da "não intervenção" eficaz, permitindo que o processo normal do parto ocorra sem intervenções desnecessárias e intervindo apenas quando realmente necessário. A "não intervenção" eficaz, no contexto do modelo de Kennedy, ao contrário de ausência de ação ou desatenção, significa uma ação refletida de não intervir desnecessariamente, baseada numa compreensão profunda do que é melhor para a mulher e para o bebé naquele momento. Essa competência exige um equilíbrio entre a confiança no processo natural do parto e a atenção a sinais que possam indicar a necessidade de intervenção (Kennedy, 2000).

Na arte de saber quando intervir, Kennedy (2000) destaca que *midwives* com práticas exemplares demonstram um conhecimento aprofundado na identificação da situação em que a "não intervenção" é a melhor abordagem. Elas confiam na sua intuição, na sua experiência, mas também se baseiam no melhor e mais recente conhecimento científico para monitorizar cuidadosamente o progresso da gravidez e do parto. Uma "não

intervenção” bem realizada é, na verdade, uma ação em si mesma, que envolve observar, avaliar e apoiar o processo natural sem o interromper desnecessariamente.

Não obstante, a *midwife* com uma prática exemplar também deve saber quando a “não intervenção” já não é suficiente e quando uma intervenção é necessária. A capacidade de identificar o momento certo para intervir é fundamental para prever e prevenir complicações e garantir uma experiência positiva para a mãe e o bebê (Kennedy, 2000).

Ainda para Kennedy (2000), a intuição refere-se à capacidade de a *midwife* perceber as necessidades das mulheres durante o parto, de forma quase instintiva, e responder de acordo com a sua experiência e conhecimento baseado na evidência científica.

A intuição é descrita pela autora como uma capacidade que vai além do conhecimento técnico e científico, permitindo que a *midwife* reconheça sinais subtis e tome decisões acertadas mesmo em situações que possam não ser imediatamente claras ou evidentes para outros. Esta competência é particularmente valorizada porque muitas vezes, durante o parto, as situações mudam rapidamente, e a capacidade de uma *midwife* "sentir" o que está a acontecer pode ser crucial para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do feto. Na profissão de *midwife*, a intuição, segundo a autora, é algo que se desenvolve com a experiência, o autoconhecimento e a reflexão sobre a prática dos cuidados e é parte integrante da "sabedoria prática". Essa sabedoria inclui tanto o conhecimento teórico quanto a capacidade de aplicar esse conhecimento de forma flexível e adaptativa. As *midwives* que são vistas como exemplares tendem a ser aquelas que conseguem combinar a intuição com uma base sólida de conhecimento e experiência, usando ambas para tomar decisões que beneficiam as suas pacientes e bebês (Kennedy, 2000).

O objetivo do cuidado das *midwives*, segundo o modelo de Kennedy, prende-se em capacitar a mulher, promovendo a saúde ótima e uma experiência de cuidados com respeito e empoderadora. Para esta autora, a prática exemplar é caracterizada pelo apoio à normalidade da gravidez e parto, pela vigilância e atenção aos detalhes e pelo respeito à individualidade da mulher, princípios que devem orientar os cuidados (Eri *et al.*, 2020).

Esta autora descreve um modelo exemplar de cuidado, extraindo elementos essenciais em três dimensões: terapêutica, cuidado e profissionalismo. A dimensão terapêutica refere-se ao uso de intervenções baseadas em evidência científica, com ênfase na manutenção da fisiologia durante a gravidez e o parto. A intervenção mínima, ou o

"não intervir, bem", é crucial, sabendo que a *midwife* intervém apenas quando é necessário, respeitando o processo natural do parto. A dimensão do cuidado foca no relacionamento entre a *midwife* e a mulher, onde o cuidado é personalizado e respeita a individualidade da mulher. O respeito mútuo, a confiança e a comunicação eficaz são aspetos centrais desta dimensão, que procura criar um ambiente de apoio e empoderamento para a mulher. A dimensão profissionalismo inclui a competência profissional, a sabedoria adquirida com a experiência e o compromisso contínuo com o desenvolvimento pessoal e profissional (Kennedy, 2000).

Este modelo alinha-se também com a teoria do profissionalismo de Halldorsdottir e Karlsdottir (2011), onde se identificam os elementos que caracterizam uma "*good midwife*". Os autores destacam a importância de competências como cuidado empático, competência técnica, sabedoria profissional, e desenvolvimento contínuo, para empoderar as mulheres durante o parto.

Estes modelos fornecem uma base teórica que foi utilizada para avaliar e desenvolver competências nos diferentes contextos, servindo como referência na compreensão dos elementos que caracterizam uma prática exemplar e profissional. Assim, proporcionaram uma aplicação prática das qualidades e competências que definem uma "*good midwife*".

Uma *scoping review* realizada por Paz *et al.* (2024), que analisou 16 documentos sobre "*midwifery models*", incluindo o modelo proposto por Kennedy, identificou semelhanças significativas entre eles. Esses modelos compartilham quatro dimensões principais: a mulher, a profissão, a saúde e o ambiente (relação entre a mulher e a *midwife*).

Posto isto, a aplicação da teoria da prática exemplar de Kennedy no exercício profissional da *midwife* procura a qualidade do atendimento oferecido às mulheres, promovendo os melhores resultados de saúde tanto para as mães quanto para os seus bebés. Para além disso, a autora defende que o modelo deve ser utilizado em programas de formação de *midwives*, orientando o desenvolvimento de competências que são fundamentais para uma prática de excelência (Kennedy, 2000).

No tópico seguinte realizar-se-á uma análise do percurso efetuado no estágio em contexto hospitalar.

3.1 Análise crítico-reflexiva do estágio de natureza profissional em contexto de cuidados de saúde diferenciados (Unidade Hospitalar)

Este estágio realizou-se num hospital da região Norte e teve início com a apresentação do espaço físico do serviço, permitindo uma compreensão aprofundada da sua dinâmica organizacional e funcional. Neste momento, explorou-se o método de trabalho, o circuito da grávida/parturiente/convivente significativo até ao bloco de partos e a articulação com as outras valências do serviço. Durante a primeira semana houve a oportunidade de observar e colaborar nos cuidados prestados pelo EEESMO orientador e pela restante equipa com o intuito de compreender as dinâmicas e os processos envolvidos no funcionamento do serviço.

Trabalhar com a equipa multidisciplinar, participar ativamente na prestação de cuidados e no processo de aprendizagem, e demonstrar interesse em aprender e estabelecer bons relacionamentos interpessoais, tanto com a equipa quanto com as parturientes, ajudou a desenvolver autonomia e incentivou a melhoria contínua dos cuidados prestados. A integração na equipa multidisciplinar foi um ponto forte deste estágio. É de entendimento geral que um bom ambiente e um relacionamento positivo entre a equipa profissional e o estudante são essenciais para uma aprendizagem eficaz (Costa Júnior *et al.*, 2023). É, no entanto, fundamental salientar que o bom acolhimento por parte do EEESMO orientador, foi um fator determinante no desempenho do estágio.

A análise crítica e a discussão das práticas de cuidados, bem como a partilha das experiências com o EEESMO orientador, permitiram enriquecer a prática e contribuir para a melhoria contínua de cuidados. O contínuo questionamento das práticas requer uma procura da evidência científica, podendo contribuir à mudança, se necessária, repercutindo-se em ganhos em saúde e beneficiando o alvo de cuidados (Connor *et al.*, 2023).

No decorrer deste estágio, aplicou-se os conhecimentos adquiridos no ensino teórico, promovendo uma prática baseada em evidência científica. Foram mobilizados conteúdos como normas, protocolos, orientações nacionais e internacionais, entre outros. Esta articulação teórico-prática contribuiu significativamente para a prestação de cuidados especializados e personalizados à parturiente/convivente significativo e ao recém-nascido no BP.

Destaca-se que, no decorrer deste estágio, os princípios éticos e deontológicos foram aplicados transversalmente a todos os cuidados prestados, garantindo uma prática

que respeita os direitos e a liberdade da mulher grávida e a dignidade humana. O respeito pela dignidade humana é um valor intrínseco e fundamental, inerente a todos os indivíduos pela sua condição de pessoa. Em Portugal, este reconhecimento legal do respeito pela dignidade humana está consagrado no Artigo 1.º da Constituição (Portugal, 1976).

Este estágio permitiu desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a parturiente/convivente significativo no BP, procurando promover o seu bem-estar e conforto através de uma relação empática. O acolhimento e o primeiro contacto impactam a relação de confiança EEESMO/parturiente/convivente significativo, sendo determinantes para uma prática de qualidade. Nesse contexto, o EEESMO deve desenvolver as suas capacidades de comunicação e relacionamento, demonstrando empatia e transmitindo segurança (Fonseca, 2016). Ao longo deste estágio, valorizou-se o investimento nestas capacidades, procurando estabelecer uma comunicação eficaz com as parturientes, envolvendo-as integralmente no processo. Como destaca a OE (2015, p.40), “a comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira”.

O processo de prestação de cuidados iniciou-se assim com a chegada da grávida ao BP, onde foi realizado o acolhimento à parturiente/convivente significativo e onde se procedeu à apresentação da equipa e instalações. Como descrito, a adaptação à parentalidade, é por si só, um fator gerador de ansiedade e receios, pelo que foi importante familiarizar as utentes e acompanhantes ao espaço físico e disponibilizar informações sobre normas e dinâmicas do serviço, utilizando linguagem ajustada ao nível sociocultural e ao estado psicológico da grávida e do convivente significativo, de forma a reduzir possíveis fatores geradores de stress.

Neste primeiro momento, realizou-se a avaliação inicial, pois esta permite recolher informações essenciais para compreender as necessidades, expectativas e desejos da parturiente/convivente significativo, bem como outros dados relevantes, conforme detalhado adiante. Este processo permitiu também conhecer melhor a utente, possibilitando a personalização dos cuidados e a criação de um plano de assistência individualizado. Além disso, a interação durante esta etapa inicial constituiu-se uma oportunidade para iniciar o estabelecimento de uma relação de confiança, essencial para promover um ambiente tranquilo, no qual a parturiente/convivente significativo pudesse sentir-se à vontade para expressar os seus sentimentos e expectativas em relação ao trabalho de parto e ao parto. Este momento permitiu também discutir e refletir sobre os

desejos e expectativas das parturientes/conviventes significativos relativamente ao TP e parto, independentemente de haver ou não um plano de parto escrito.

O plano de parto é um documento escrito que possibilita à parturiente exprimir os seus desejos e preferências relativamente à forma como gostaria que decorresse o TP, o parto e o nascimento do bebé (Portugal, 2020). Ao longo do ENP, procurou-se sempre fazer uma análise atenta do plano de parto, no sentido de conhecer a expectativa/vontade da parturiente/convivente significativo e, assim, personalizar os cuidados com o objetivo último de uma experiência positiva de parto. A maioria dos desejos das parturientes relacionou-se com a presença do acompanhante durante o TP e parto, liberdade de movimentos e deambulação, ingestão de líquidos durante o TP, disponibilidade de analgesia epidural, não realização de episiotomia sem necessidade clínica, corte otimizado do cordão umbilical, contacto pele a pele após o nascimento e amamentação na primeira hora de vida.

Apesar de se reconhecer a importância da elaboração do plano de parto, no decorrer deste estágio constatou-se que muitas parturientes/conviventes significativos não possuíam um plano de parto escrito. Porém, isso não constituiu impedimento para que as suas vontades e desejos fossem discutidos verbalmente. Todas as vontades expressas foram respeitadas e consideradas durante todo o processo de TP e parto, respondendo às necessidades e assegurando uma experiência de parto alinhada com as suas expectativas e necessidades, garantindo qualidade de cuidados e uma experiência positiva de parto.

Ainda na avaliação inicial, recolheu-se a história obstétrica anterior e atual, história ginecológica, antecedentes pessoais de relevo e medicação habitual. Procedeu-se, ainda, ao exame físico e à verificação do Boletim de Saúde da Grávida (BSG).

Nesta fase, foi realizada uma avaliação relativamente à fase do TP em que a parturiente se encontrava de forma a ajustar os cuidados prestados. Segundo Graça (2017), o TP pode ser definido por uma série de processos fisiológicos que conduzem à dilatação e extinção do colo uterino, à descida do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

O TP divide-se em 4 estádios, o primeiro estádio do TP corresponde à fase de dilatação, caracterizando-se pelo início de contrações uterinas regulares que provocam modificações cervicais, culminando na dilatação completa do colo do útero (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2023; Portugal, 2023b); o segundo estádio que corresponde ao período expulsivo e começa com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Portugal, 2023b; Hutchison *et al.*, 2023); o terceiro estádio corresponde

à dequitação e decorre desde a expulsão fetal até a expulsão da placenta e das membranas fetais e o quarto estadio, que correspondente ao puerpério imediato, compreendendo as primeiras duas horas pós-parto (Fatia & Tinoco, 2016).

De forma a determinar a posição fetal e a progressão do TP, realizou-se as manobras de Leopold. Estas manobras associadas a outros meios constituem um método de avaliação e diagnóstico e consistem em quatro manobras utilizadas para palpação do útero gravídico de forma a determinar a apresentação, posição e a atitude fetal e identificar o grau de descida da apresentação na cavidade pélvica (Sequeira *et al.*, 2020c).

A maioria das parturientes que davam entrada no BP encontravam-se no primeiro estadio de TP. Este estadio está dividido em duas fases: a fase latente, que pode ser definida como o intervalo de tempo que decorre desde o início das contrações uterinas rítmicas e os 5 *cm* de dilatação (exclusive), e a fase ativa, que corresponde ao intervalo que decorre entre a dilatação cervical ≥ 5 *cm* com apagamento/extinção $\geq 80\%$ e a dilatação completa (Portugal, 2023b). Às parturientes que se encontravam na fase ativa do TP, era realizada uma vigilância do bem-estar materno e fetal. A monitorização e vigilância das parturientes durante o TP é de extrema relevância para garantir a segurança materna e otimizar os resultados clínicos no processo de parto (Hutchison *et al.*, 2023). Relativamente à avaliação do bem-estar materno, esta incluía a vigilância do estado geral e de sinais vitais, hidratação (oral e/ou endovenosa), eliminação vesical e avaliação do comportamento entre outros (Hutchison *et al.*, 2023).

Neste contexto de estágio, foi também realizada monitorização do TP através da cardiotocografia (CTG). Porém, a CTG foi aliada a uma avaliação clínica e não substituída por uma observação rigorosa e do pensamento crítico (Ayres-de-Campos, *et al.*, 2015). Neste sentido, e de acordo com as recomendações, ao longo do estágio a interpretação da CTG foi feita sempre de maneira abrangente, crítica e integrada a outras informações importantes, considerando cada caso clínico.

Todavia, a CTG não está recomendada para trabalhos de parto de baixo risco (OE, 2015), e a sua realização por rotina não demonstra benefícios significativos no que diz respeito à morbilidade e mortalidade perinatais, no índice de Apgar (IA) e na taxa de RN admitidos nas unidades de cuidados intensivos neonatais, contudo, está relacionada com aumento da taxa de cesarianas e de partos instrumentados (Alfirevic *et al.*, 2017; Graça, 2017; OE, 2015).

Apesar da evidência científica e das recomendações que desencorajam o seu uso no trabalho de parto fisiológico, a CTG continua a ser frequentemente utilizada, muitas

vezes alinhada com as expectativas das parturientes e percepção de segurança aos profissionais que as acompanham, especialmente quando não é possível oferecer acompanhamento individualizado.

A WHO (2018a) e o *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE, 2022) recomendam a monitorização intermitente como prática padrão em situações de gravidez de baixo risco, acrescentando que a monitorização contínua deve ser reservada para situações de risco ou complicações específicas durante o trabalho de parto, como indução de trabalho de parto, aceleração do trabalho de parto com ocitocina e após a administração de analgesia epidural.

Durante a prestação de cuidados, observou-se e interpretou-se variados traçados CTG obtidos no decurso do TP. Estes podem classificar-se em traçados normais, suspeitos ou patológicos. Os traçados normais são aqueles que se caracterizam por apresentarem frequência cardíaca fetal estável (110 e 160 *bpm*), variabilidade normal (entre 5 e 25 *bpm*) e ausência de desacelerações (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015), sendo estes os mais observados durante o ENP. Os traçados suspeitos apresentam alterações que indicam ausência de pelo menos uma característica de normalidade, sugerindo possível stress fetal, mas sem comprovar comprometimento do bem-estar. Por sua vez, os traçados patológicos apresentam características anormais, frequentemente associadas à deterioração da oxigenação fetal, como frequência cardíaca fetal inferior a 100 *bpm*, variabilidade reduzida ou aumentada, padrão sinusoidal, desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas por mais de 30 minutos (ou 20 minutos se a variabilidade for reduzida) ou desacelerações prolongadas superiores a 5 minutos (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015).

No decorrer do ENP, foram interpretados vários traçados com características suspeitas, como desacelerações periódicas ou esporádicas, ausência de acelerações e baixa variabilidade, que reverteram com medidas como a mobilização materna.

Em casos de desvios do padrão normal, ações imediatas são essenciais para evitar resultados neonatais adversos (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015). Intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica, como a interrupção da perfusão de ocitocina ou prostaglandinas e a mudança de decúbito materno para lateral esquerdo, podem corrigir alterações na CTG. No entanto, algumas situações exigem medidas mais interventivas pelo risco de hipoxia fetal aguda, sendo necessária a atuação da equipa médica. Entre as causas, destacam-se a posição supina materna, a hipotensão súbita,

esforços expulsivos prolongados e, mais frequentemente, a taquissistolia (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015).

A taquissistolia é caracterizada pela ocorrência de mais de cinco contrações em 10 minutos, em dois períodos sucessivos, ou, em média, durante 30 minutos, podendo comprometer temporariamente a perfusão placentária ou causar compressão do cordão umbilical (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015). Durante o estágio, observou-se cinco casos, três dos quais revertidos com intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica, como a técnica de posicionamento. Nos outros dois, as intervenções iniciais não foram suficientes, exigindo intervenção médica por meio da instauração do protocolo de tocólise, o que resultou na normalização do traçado CTG. Em todos os casos, a ação rápida foi fundamental para prevenir complicações (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015).

A tocólise consiste na administração de medicamentos para reduzir a força e/ou a frequência das contrações, contribuindo para o favorecimento do fluxo sanguíneo e, assim, melhorar o bem-estar materno-fetal (Leathersich *et al.*, 2018). Na instituição onde decorreu o ENP, o fármaco de eleição utilizado foi um β -agonista, nomeadamente o salbutamol, em perfusão endovenosa. De acordo com o protocolo institucional, as intervenções do EEESMO consistem na administração da medicação e na vigilância e monitorização de possíveis efeitos secundários do fármaco administrado.

Durante este ENP a monitorização da progressão do TP realizou-se através da observação do comportamento da parturiente, das suas queixas, da frequência e duração das contrações uterinas, das alterações/características físicas da parturiente (linha purpura), da descida da apresentação fetal (percecionada através das manobras de Leopold), da alteração do muco e da realização do toque vaginal (NICE, 2023; Moncrieff *et al.*, 2022; OE, 2015).

A realização do toque vaginal permitiu avaliar as condições do colo uterino (posição, extinção, dilatação, consistência e plano de descida), a situação, apresentação e variedade fetal, a integridade das membranas e o grau de pressão a que estão submetidas em caso de contração (Moncrieff *et al.*, 2022). A realização do exame vaginal, além de avaliar a evolução do TP, permitiu também determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, através da identificação dos diâmetros da escavação pélvica. A interpretação das avaliações realizadas através do toque vaginal foi uma competência aperfeiçoada ao longo das semanas do ENP. Uma vez que o exame vaginal é um procedimento invasivo, desconfortável e com risco aumentado de infeção (OE, 2015), só foi realizado perante a necessidade de auxiliar a avaliação da progressão do TP.

Qualquer procedimento foi precedido por uma explicação clara e compreensível sobre a necessidade do mesmo, os benefícios e os riscos inerentes e as alternativas disponíveis, bem como a solicitação de autorização para a sua realização. Este processo pretendeu assegurar uma tomada de decisão informada, consciente e voluntária. De acordo com a WHO (2018a), garantir que a parturiente esteja informada e consciente sobre qualquer intervenção é fundamental para uma experiência de parto positiva. As mais recentes evidências científicas salientam a importância do consentimento informado na prática obstétrica. De acordo com Van der Pijl *et al.* (2023), o consentimento informado respeita a autonomia da parturiente, permitindo que ela tenha o controlo sobre o seu corpo e as decisões tomadas, promovendo a confiança entre ela e os profissionais de saúde, melhorando a experiência do parto e minimizando o risco de traumas.

A prestação de cuidados realizada, neste estágio, a várias parturientes/conviventes significativos no primeiro estadio de TP permitiu desenvolver competências técnico-científicas no diagnóstico do mesmo. Algumas parturientes, neste contexto, não entraram em TP espontâneo até à data prevista do termo da gravidez e neste sentido, de acordo com o protocolo desta instituição, foram submetidas a uma indução do TP. A indução do TP foi maioritariamente proposta às 41 semanas de gestação (Graça, 2017; Wennerholm *et al.*, 2019, WHO, 2018a), embora não exista um consenso para o momento em que deve ser realizada (Middleton *et al.*, 2020).

A proposta para indução do TP está também indicada em outras situações, como na pré-eclampsia, rotura prematura de membranas (RPM), hipertensão arterial grave, restrição do crescimento intrauterino, entre outros (Graça, 2017; Wennerholm *et al.*, 2019).

A indução do TP é definida como o processo de estimular artificialmente o útero para iniciar o TP (WHO, 2018b). Seja qual for a circunstância que levou à indução do TP, a avaliação do estado de amadurecimento do colo é crucial para a escolha do método de indução (Graça, 2017). Segundo Aragão *et al.* (2011), o Índice de *Bishop*, apesar de algumas críticas quanto à sua subjetividade, é amplamente reconhecido pela sua eficácia na previsão do sucesso da indução do TP, sendo um dos métodos mais confiáveis para avaliar o colo do útero. Este índice avalia cinco parâmetros: a altura da apresentação fetal, a dilatação cervical, o apagamento do colo, a posição do colo e a consistência do colo (Aragão *et al.*, 2011).

Neste sentido, os métodos principais de indução do TP podem ser mecânicos ou farmacológicos (Gill *et al.*, 2023; Middleton *et al.*, 2020). O método mecânico consiste

no amadurecimento cervical do colo do útero através de um cateter de *Foley* colocado no canal endocervical. As formas farmacológicas de indução incluem, a prostaglandina e a ocitocina sintéticas. As prostaglandinas são os fármacos mais comumente usados em induções de TP com colos desfavoráveis, ou seja, com um índice de *Bishop* inferior ou igual a 5, devendo o seu uso ser realizado com precaução em mulheres com um historial de cesariana transversal baixa ou miomectomias, devido a preocupações com a rutura uterina. (Gill *et al.*, 2023; Graça, 2017). Quando o colo uterino apresenta um índice de *Bishop* superior a 5, portanto, um colo favorável, a indução do TP é possível utilizando apenas a perfusão endovenosa de ocitocina (Graça, 2017; Middleton *et al.*, 2020).

A amniotomia é também frequentemente utilizada em combinação com métodos mecânicos e/ou farmacológicos de indução do TP (Middleton *et al.*, 2020). A amniotomia estimula a libertação de ocitocina pela glândula pituitária e a liberação de prostaglandinas localmente (Sanchez-Ramos *et al.*, 2024). A técnica é relativamente rápida e pode ser executada após garantir a inexistência de contraindicações (herpes ativo, HIV, vasa prévia *etc.*), a confirmação de apresentação estática fetal, para reduzir o risco de prolapso do cordão (Sanchez-Ramos *et al.*, 2024) e sempre após o consentimento da grávida.

O misoprostol, prostaglandina E1, e a dinoprostona, prostaglandina E2, foram os fármacos mais utilizados para colos desfavoráveis, e a ocitocina para situações de colos favoráveis. De forma a prestar cuidados seguros e eficazes, foi necessário aprofundar e consolidar conhecimentos relativamente à indução de TP, através da evidência científica mais recente.

A utilização de métodos farmacológicos na indução do TP pode estar associada a algumas complicações, como a possibilidade de ocorrer atividade uterina excessiva (taquissistolia) e/ou a hipoxia aguda fetal (Graça, 2017; Gill *et al.*, 2023). Neste sentido, as parturientes submetidas a este tipo de indução do TP necessitam de uma maior vigilância, através da prossecução de uma monitorização CTG contínua (Graça, 2017), para detetar precocemente sinais e sintomas de possíveis complicações. Nas induções do TP realizadas durante o estágio, adotou-se várias medidas para a prevenção de complicações, nomeadamente: monitorização da frequência cardíaca fetal e da contratilidade uterina, avaliação dos sinais vitais, observação das características do líquido amniótico, quando aplicável, queixas maternas, *etc.*

Durante o ENP, a amniotomia, ou rutura artificial de membranas, enquanto indutora ou aceleradora do TP, foi realizada por 4 vezes e sempre após o consentimento informado da parturiente. As orientações da DGS são claras e referem que o EEESMO

deve “respeitar a fisiologia do TP, evitando a amniotomia artificial por rotina” (Portugal, 2023b, p. 5). Uma destas situações foi para permitir a colocação do dispositivo de monitorização fetal interna, pois a membrana verifica ser uma barreira física impeditiva (Mahdy *et al.*, 2023). Esta colocação do dispositivo foi inevitável, pois, devido ao fenótipo materno, a avaliação fetal por outros métodos verificou-se muito difícil.

Na realização da amniotomia, utilizou-se a técnica assética durante o exame vaginal, após se assegurar que não existiu nenhuma das contraindicações referidas anteriormente e esperando pelo momento da contração uterina. No final do procedimento, foram avaliadas as características do líquido amniótico e mantido o toque vaginal de forma a prevenir o prolapso do cordão. Neste e noutros procedimentos, verificou-se que o papel do EEESMO é importante na avaliação e no acompanhamento contínuo da parturiente em trabalho de parto, devendo estar vigilante em todos os momentos (Mahdy *et al.*, 2023).

Durante o primeiro estadio do TP, a maioria das parturientes referiu dor, que, segundo Graça, se deve às contrações uterinas, à dilatação do colo e à distensão do segmento inferior, aos quais, no segundo estadio, se juntam os estímulos provocados pela compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, a distensão do períneo e a tração da saída do feto. Esta dor tem uma apresentação somática intensa e perfeitamente localizável (Graça, 2017).

A gestão da dor durante o TP é um aspeto essencial nos cuidados do EEESMO, uma vez que a dor sentida durante o TP e parto pode ser a forma de dor mais grave que as mulheres já experimentaram (Thomson *et al.*, 2019). Para tal, existem uma variedade de métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, cada um com o seu próprio conjunto de benefícios e potenciais desvantagens (Thomson *et al.*, 2019).

A OE (2015) descreve que a gestão da dor durante o TP deve ser centrada na parturiente e não orientada medicamente, pelo que é essencial que o EEESMO seja detentor de um conhecimento sólido e baseado em evidências científicas sobre a fisiologia da dor do TP, devendo conseguir dissociá-la do conceito biomédico, que olha para a dor como um problema que precisa de tratamento. A dor do TP é fisiológica e tem um propósito, não tem como objetivo alertar para algo que está a correr mal (Cardoso *et al.*, 2023). Durante as alterações naturais nos tecidos que preparam o nascimento do feto, a dor desempenha um papel funcional ao estimular comportamentos essenciais à sobrevivência da parturiente, reforçando o seu papel funcional no parto (Whitburn *et al.*, 2018). É, portanto, importante reconhecer que as parturientes vão experimentar, em

algum momento do TP, algum grau de dor e que devem mobilizar os seus recursos fisiológicos para lidar com ela, cabendo ao EEESMO o papel de empoderar a parturiente a ouvir o seu corpo e a confiar na sua capacidade para parir (OE, 2015).

Durante o ENP foram proporcionadas condições para que as parturientes pudessem expressar as suas sensações livremente e sem constrangimentos, considerando tanto o nível de dor quanto o seu estado emocional, experiências passadas, fome, falta de sono e descanso, pois, como refere Thomson *et al.* (2019), os fatores psicológicos podem afetar a percepção da dor.

Após a avaliação do grau e das características da dor nas parturientes, questionou-se sobre os conhecimentos que tinham sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor, sendo a sua utilização a mais recomendada pelos benefícios que apresenta a controlar a dor e a tornar o trabalho de parto mais humanizado (Mascarenhas *et al.*, 2019). Durante o ENP, incentivou-se o recurso aos métodos não farmacológicos disponíveis no serviço às mulheres que assim o desejavam, como: banho de chuveiro, deambulação, musicoterapia, bola de pilates, mudança de posição, massagem, exercícios respiratórios, apoio emocional, entre outros. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor, acima descritos, demonstraram ser eficazes na redução da dor do TP bem como na diminuição do stress e ansiedade sendo que a sua utilização pode melhorar a satisfação com o parto ao promover suporte cognitivo, físico e psicológico (Chang *et al.*, 2022; Mwakawanga *et al.*, 2021; Klein & Gouveia, 2022). Estas medidas foram postas em prática envolvendo o convivente significativo, respeitando as escolhas da parturiente/convivente significativo, de forma a proporcionar-lhes uma experiência de parto positiva e ir de encontro às suas expectativas para aquele momento e ao recomendado pela WHO (2018a).

Numa revisão sistemática da *Cochrane*, Lawrence *et al.* (2013) demonstram a importância do movimento e das posições eretas ao longo do trabalho de parto para a redução da sua duração, do risco de cesariana e da necessidade de epidural, não parecendo estar associados ao aumento da intervenção ou efeitos negativos no bem-estar das parturientes e dos RN. Deste modo, é importante informar sobre os benefícios das posições eretas e encorajar e auxiliar as parturientes com TP de baixo risco a assumir quaisquer posições que escolherem (Chang *et al.*, 2022; Lawrence *et al.*, 2013). Salienta-se que uma grande parte das parturientes recebeu informação sobre este tema nas aulas de preparação para a parentalidade e parto.

Com o progredir do TP, há um aumento da intensidade da dor, associada às contrações, e a maioria das parturientes acompanhadas neste ENP sentiu necessidade de

recorrer a métodos farmacológicos. Para que pudessem tomar essa decisão de forma consciente e informada, as parturientes/conviventes significativos foram esclarecidas relativamente à analgesia disponível no serviço. As opções farmacológicas de alívio da dor, como a anestesia epidural e a analgesia sistémica, verificaram-se altamente eficazes na redução da dor do parto, o que está de acordo com o descrito por Farnham (2020).

A analgesia sistémica consiste na administração de fármacos opioides. Na instituição onde decorreu este ENP, o fármaco utilizado foi a petidina, por via intramuscular, que, como refere Kadirogullari *et al.* (2021), se caracteriza por ter uma eficácia temporária curta (2 a 4 horas) e exige uma vigilância materno-fetal rigorosa, uma vez que pode apresentar efeitos colaterais, quer na parturiente (sedação, náuseas e vômitos, depressão respiratória, entre outros), quer no feto (depressão respiratória à nascença, baixo IA, entre outros) (Kadirogullari *et al.*, 2021).

Entre os vários métodos farmacológicos de alívio da dor, a analgesia epidural demonstra ser o método menos prejudicial para a parturiente e feto, permitindo também alcançar altas taxas de satisfação materna com relação ao controle da dor, sensação de controle no trabalho de parto e experiência geral de parto (Ashagrie, *et al.*, 2020). A colaboração na técnica de colocação de cateter epidural incluiu a preparação de todo o material necessário, a administração de soroterapia de acordo com o protocolo institucional, a avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização CTG e da avaliação dos sinais vitais maternos, bem como o correto posicionamento da parturiente. Durante a execução do procedimento, colaborou-se com o médico anestesista na instrumentação do material, assegurando o posicionamento correto da parturiente, proporcionando-lhe apoio emocional de forma a tranquilizá-la. Nesta fase, foi essencial colaborar com o médico anestesista na vigilância da resposta materna ao procedimento.

Após o procedimento, posicionou-se a parturiente de forma a otimizar a distribuição do fármaco, avaliando o efeito da analgesia epidural no alívio da dor, vigiando e explicando as possíveis complicações após a realização da técnica e sobre os efeitos colaterais da medicação administrada, como, por exemplo, hipotensão arterial materna, prurido, tremores, náuseas e vômitos, *etc.* (Graça, 2017).

Em suma, pode concluir-se que a prestação de cuidados no primeiro estadio do TP foi fundamental para acompanhar a evolução do parto, detetar precocemente quaisquer complicações, garantir o bem-estar materno-fetal, proporcionar alívio da dor e conforto à parturiente, além de oferecer apoio emocional contínuo. Tudo isto deve fazer

parte de um ambiente seguro e tranquilo, que favorece o progresso natural do parto e que deve ser oferecido a todas as parturientes.

Relativamente ao 2º estadio do TP, vários elementos podem influenciar a sua duração, incluindo fatores fetais, como tamanho e posição fetal, e fatores maternos, como formato da pelve, magnitude dos esforços expulsivos, comorbilidades (como hipertensão ou diabetes), idade e histórico de partos anteriores (Hutchison *et al.*, 2023).

Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2012) e Hutchison *et al.* (2023), as complicações do segundo estadio do TP podem ser variadas e podem ocorrer em gravidezes com risco identificado, mas também de forma imprevisível em gravidezes de baixo risco. Neste sentido, é necessário um profissional qualificado, como o EEESMO, para garantir uma correta identificação do risco assim que ele surgir (Hutchison *et al.*, 2023).

Os mecanismos do parto implicam a acomodação do feto à estrutura óssea, pela qual tem de passar no canal de parto (Graça 2017). Segundo Hutchison *et al.* (2023), os mecanismos do parto são: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. Estes movimentos permitem otimizar a relação entre o menor diâmetro da cabeça do bebé e o maior diâmetro da pelve materna, o que facilita a passagem e minimiza o risco de complicações durante o parto (Siccardi *et al.*, 2023). A passagem da apresentação pelo canal de parto pode ser avaliada através dos planos de *Hodge*, planos imaginários que permitem visualizar a descida do feto ao longo do canal de parto.

No período expulsivo, geralmente dá-se uma alteração do comportamento da parturiente, que se caracteriza por parecer ausente nos períodos entre contrações, sentir-se constantemente desconfortável, desejar o alívio da dor, sentir-se exasperada e querer que tudo termine, muitas vezes verbalizando que se sente incapaz (OE, 2015).

Durante este período, instala-se o reflexo de *Ferguson*: a descida da apresentação pressiona os nervos do pavimento pélvico e a parturiente sente uma necessidade incontável e involuntária de expulsar o feto (Lee *et al.*, 2016). Neste estadio, encorajou-se a parturiente a agir instintivamente e, perante a ausência da vontade de puxar, desde que a frequência cardíaca fetal fosse normal, optou-se por uma postura expectante antes de encorajar os esforços expulsivos (FIGO, 2012; Lee *et al.*, 2016; Portugal, 2023b).

Perante os esforços expulsivos, o profissional deve preparar-se para assistir ao parto. Neste estágio, optou-se por organizar antecipadamente a trouxa de apoio ao parto, de forma a estar disponível no momento necessário. Ter o material preparado com

antecedência permite, em momentos de “stress” e de urgência onde todos os segundos contam, agilizar a intervenção. A preparação do ambiente físico, incluindo a verificação geral do reanimador neonatal, de forma a assegurar que o material estava operacional em caso de necessidade, foi sempre uma preocupação. Para além da verificação dos materiais e equipamentos, também foi importante manter um ambiente de confiança, com envolvimento do companheiro/convivente significativo, informando sobre todo o processo e mantendo a presença física de forma a proporcionar calma e segurança aos casais. Sem dúvida que foi gratificante perceber a envolvimento de vários casais, e de alguma forma, participar neste que é um momento tão pessoal e tão especial nas suas vidas.

No momento do parto, estiveram sempre presentes dois EEESMO, sendo que um deles ficou responsável pelo parto e o outro por receber o RN e colocá-lo em contacto pele a pele, salvo exceções em que era necessária a colaboração de outros profissionais, segundo as recomendações da DGS (Portugal, 2023b).

Aquando no papel de responsável pelo acompanhamento do parto, no momento da coroação do pólo fetal, no período expulsivo, avaliou-se a resposta dos tecidos perineais ao estiramento provocado pela pressão do mesmo, e determinou-se a necessidade de episiotomia, precedendo sempre à informação e obtenção do consentimento materno para tal, como recomendado pela WHO (2018a).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF, 2022), a episiotomia deve ser reservada para situações em que seja necessário encurtar o segundo estadio do TP por suspeita de hipóxia fetal, ou para prevenir lesões do esfíncter anal, especialmente em partos vaginais distócicos ou em mulheres com histórico de lesão nessa região. Pois como refere a WHO (2018a), a esta técnica associa-se uma maior incidência de casos de dispareunia, de hemorragia pós-parto, disfunção sexual e incontinência urinária. As estratégias de proteção do períneo, segundo Ferreira-Couto e Fernandes-Carneiro (2017), incluem a promoção da verticalidade no parto, esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos e a aplicação de calor no períneo durante o período expulsivo (WHO, 2018a).

Nesta fase, é crucial que a parturiente se concentre nos esforços expulsivos. Ferreira-Couto e Fernandes-Carneiro (2017) indicam que esforços expulsivos espontâneos com a glote aberta resultam em melhores desfechos neonatais, como melhor índice de Apgar e níveis de oxigénio no sangue do cordão umbilical, além disso, estão associados a uma menor duração do segundo estágio do trabalho de parto.

Neste sentido, as parturientes foram encorajadas a seguir os seus instintos e encontrar a posição mais adequada para realizar os esforços expulsivos de forma eficaz, conforme as recomendações do NICE (2023). Em casos de analgesia epidural, onde a percepção da vontade de realizar esforços expulsivos pode ser reduzida, realizou-se intervenções como orientação dos esforços, mudança de posição, apoio emocional e reforço positivo de forma a auxiliar a progressão do parto (OE, 2023).

De forma a proteger a integridade do períneo durante o período expulsivo, neste estágio ofereceu-se a massagem perineal com lubrificante e a técnica “*hands-on*”, às parturientes que assim o desejavam. Segundo Ferreira-Couto e Fernandes-Carneiro (2017), a massagem perineal durante o trabalho de parto está associada a benefícios como a redução do stress, aumento da circulação sanguínea e alívio da dor. Quando os músculos perineais estão fortemente distendidos, a massagem com lubrificante pode diminuir a probabilidade de lesões perineais, aumentando a elasticidade e suavidade dos tecidos, reduzindo a duração do segundo estágio do trabalho de parto, diminuindo a frequência de episiotomias e aumentando a taxa de períneo íntegro (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

Para a realização da técnica “*hands-on*”, com a mão dominante, protegeu-se o períneo posterior do desenvolvimento de lacerações do esfíncter anal e, concomitantemente, com a mão não dominante, facilitou-se a flexão da cabeça fetal, exercendo uma ligeira e controlada pressão sobre o occipital em direção ao períneo, através de movimentos suaves, de modo a evitar a sua deflexão brusca, evitando lacerações da uretra e clitóris, como evidenciado por Fatia e Tinoco (2016) e por Huang *et al.* (2020). Já na abordagem “*hands-off*” não há suporte manual do períneo podendo ou não incluir um leve apoio da cabeça fetal para controlar a sua saída (Huang *et al.*, 2020).

Apesar das técnicas de proteção perineal, ocorreram doze lacerações de grau I e duas lacerações de grau II. Vinte e três períneos ficaram íntegros. Em quatro parturientes decidiu-se realizar episiotomia, para encurtamento do período expulsivo por suspeita de hipoxia fetal, como sugere a evidência científica (SPOMMF, 2022). Neste ENP observou-se uma mudança nos procedimentos adotados pelos EEESMOS em relação a esta técnica, com uma abordagem mais alinhada às práticas de humanização do parto e à evidência científica, a qual indica que poucos estudos demonstram a utilidade do uso rotineiro da episiotomia (Júnior & Junior, 2016). Aquando da identificação da necessidade de realização de episiotomia, optou-se pela medio lateral, como recomendado pelo NICE (2023) e pela WHO (2018a).

A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica efetuada na região perineal com o objetivo de aumentar o orifício vaginal (SPOMMF, 2022). Para a execução deste procedimento, inseriu-se dois dedos na vagina, o indicador e o médio, adicionando, posteriormente, a tesoura entre os dedos e os tecidos vaginais. Realizou-se a incisão aquando do coroamento e no pico da contração, iniciando na fúrcula e com um ângulo de 45° a 60° em relação ao eixo vertical e numa extensão de cerca de dois centímetros, como recomendado por Fatia e Tinoco (2016), NICE (2023) e SPOMMF (2022).

Após a expulsão da cabeça fetal, realizou-se a pesquisa de circular cervical do cordão umbilical. Porém, Jefford *et al.* (2009), no seu estudo, concluiu que a prática rotineira de verificar a presença de circular cervical do cordão umbilical não é suportada por evidência científica e pode estar associada a efeitos adversos, tanto físicos quanto psicológicos, para algumas mulheres e recém-nascidos. Pois, vários estudos indicam que há poucas evidências científicas sobre a abordagem mais adequada para a gestão da circular cervical do cordão umbilical, além de uma grande variabilidade nas práticas associadas a esta gestão, assim como uma justificação pouco consistente que sustente a sua promoção (Jackson *et al.*, 2007).

De acordo com os princípios da fisiologia do trabalho de parto, a abordagem da circular cervical do cordão umbilical deve privilegiar o princípio da não interferência, sempre que adequado, com o intuito de evitar intervenções desnecessárias. Quando identificada, pode ser realizada uma manobra cuidadosa para desenrolar o cordão, permitindo que o parto prossiga sem restrições. Na maioria dos casos, a circular cervical apresentou-se frouxa, não obstruindo o nascimento, sendo suficiente a sua monitorização atenta e sem necessidade de intervenções adicionais (Mercer *et al.*, 2005).

Após a expulsão da cabeça fetal, aguardou-se pela rotação externa, permitindo, de forma natural, a exteriorização do ombro anterior, seguida do ombro posterior. Este processo decorreu respeitando a fisiologia do nascimento, sem intervenções desnecessárias. Por fim, apoiou-se o corpo fetal, expulso pelos esforços maternos sem intervenção ou cuidados especiais (Fatia & Tinoco, 2016).

Um episódio a salientar foi uma situação em que decorreu distocia de ombros. De acordo com Tsikouras *et al.* (2024), a distócia de ombros surge quando o ombro anterior fica preso abaixo da sínfise púbica ou, menos comumente o ombro posterior na crista ilíaca púbica. Uma característica da distocia de ombros, que a permite identificar precocemente, é o sinal da tartaruga, que é caracterizado pela retração da cabeça do feto em direção ao períneo (Tsikouras *et al.*, 2024).

Segundo Alves *et al.* (2022), os principais fatores de risco para a distocia de ombro são a macrosomia fetal, diabetes mellitus, história prévia de distocia do ombro, gravidez pós-termo, obesidade materna/ganho excessivo de peso gestacional e idade materna. Porém, a distocia de ombros é um evento predominantemente imprevisível e não evitável (Alves *et al.*, 2022). A distocia de ombro está associada a um aumento da morbidade e mortalidade perinatal. As lesões do plexo braquial são frequentes e ocorrem durante o seu estiramento, a partir do puxão excessivo da cabeça do feto na tentativa de saída do ombro anterior. As fraturas da clavícula são outra complicação das distócias de ombro. Nas distócias mais prolongadas, pode ocorrer sofrimento fetal, asfixia ou mesmo morte, enquanto as complicações maternas incluem hemorragia pós-parto, devido à atonia uterina, além de lesões genitais e infecções pós-operatórias (Tsikouras *et al.*, 2024; Alves *et al.*, 2022).

A distócia de ombro experienciada foi imprevisível e sem fator de risco associado; foi corrigida em menos de um minuto com manobras externas, nomeadamente a manobra de *McRoberts*, que é considerada por vários autores como uma manobra bastante eficaz e que consiste na hiperflexão das coxas em direção ao abdómen (Tsikouras *et al.*, 2024).

Durante as assistências ao TP e parto, após se assegurar o bem-estar da parturiente e do RN, encorajou-se o envolvimento ativo em todo o processo de parto/nascimento, quer da parturiente quer do convivente significativo. Como recomendado pela (WHO, 2018a), para uma experiência de parto positiva, foi oferecido a possibilidade de contato pele a pele imediato entre o RN e a parturiente e/ou convivente significativo, aos que assim o desejaram.

Para Widström *et al.* (2019), o contacto pele a pele imediatamente após o nascimento acarreta múltiplos benefícios para a puérpera e o RN. As vantagens maternas incluem expulsão mais precoce da placenta, redução do sangramento, aumento da autoeficácia na amamentação e redução dos níveis de stress materno. As vantagens para o RN incluem a diminuição das consequências negativas do “stress do nascimento”, uma otimização da termorregulação, que continua mesmo nos primeiros dias e menos períodos de choro (Widström *et al.*, 2019). Uma revisão da *Cochrane* de 2016 sugere que o contacto pele a pele imediato promove uma amamentação bem-sucedida e prolongada (Moore *et al.*, 2016). A WHO (2018a) recomenda que os RN saudáveis sejam mantidos em contacto pele a pele com as suas mães durante a primeira hora após o nascimento, sem interrupções, pois isso ajuda a prevenir a hipotermia.

Este período é considerado a *GoldenHour* da amamentação e da vinculação, pois tem sido amplamente reconhecido como um período fundamental para o estabelecimento de uma amamentação bem-sucedida (Gomes *et al.*, 2023). Este período, caracterizado pelo estado de alerta elevado do RN e pelo instinto natural de localizar e agarrar a mama da mãe, proporciona uma oportunidade ótima para iniciar a amamentação e promover o sucesso da amamentação a longo prazo (Ardern *et al.*, 2023).

Vários estudos demonstraram os benefícios da abordagem da *GoldenHour*, que inclui o clampeamento otimizado do cordão umbilical, o contacto pele a pele e o início da amamentação na primeira hora de vida. Foi também demonstrado que estas intervenções melhoram a termorregulação do RN, reduzem os níveis de stress e aumentam a ligação entre a mãe e o RN, fatores cruciais para estabelecer e manter o aleitamento materno (Neczypor & Holley, 2017).

Durante a prestação de cuidados, verificou-se a preocupação em promover e cumprir o contacto pele a pele do RN com a sua mãe e/ou convivente significativo. No entanto, este contacto era interrompido para monitorização do peso do RN, embora fosse retomado após o procedimento, o que vai contra as recomendações da DGS (Portugal, 2023b). Porém, esta prática é realizada no sentido de realizar procedimentos hospitalares necessários para internar o RN. Várias alternativas foram discutidas no seio da equipa para encontrarem uma solução a este problema, mas na organização atual da instituição, não foi possível ultrapassar esta barreira burocrática.

De salientar ainda três casos em que o contacto pele a pele não foi possível devido a complicações relacionadas com a adaptação do RN à vida extrauterina, nomeadamente situações de dificuldade respiratória, hipotonia e/ou gemido. Em duas situações, o RN foi transferido para o serviço de neonatologia e o terceiro recuperou no BP, sendo posteriormente colocado em contacto pele a pele. Nestas situações em que tal não se verificou de forma imediata, prestou-se apoio emocional aos pais com o intuito de mitigar o impacto da separação precoce e promover a sua tranquilidade e envolvimento no processo de cuidados. Através de uma comunicação empática, contínua e esclarecedora, acolhiam-se as emoções expressas, nomeadamente sentimentos de ansiedade, frustração ou insegurança, reforçando-se a possibilidade de construção gradual do vínculo com o recém-nascido.

Todavia, a grande maioria dos casos o nascimento decorreu sem intercorrências, pelo que se iniciou imediatamente as medidas de adaptação do RN à vida extrauterina, como, por exemplo, a manutenção da temperatura corporal, a remoção das secreções com

uma compressa e a clampagem/corte otimizado do cordão umbilical. Neste sentido, realizou-se uma secagem rápida, estimulando o dorso do RN, aproveitando para estimular os primeiros movimentos respiratórios, substituindo a toalha já molhada e cobrindo-o com uma toalha aquecida.

Concomitantemente, avaliou-se a adaptação do RN à vida extrauterina através do IA. O IA é composto por 5 componentes: cor, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular, e respiração, recebendo cada um deles uma pontuação de 0, 1 ou 2 (Watterberg *et al.*, 2015). Assim, é atribuída uma pontuação de 0 a 2 a cada um destes cinco componentes no 1º e 5º minuto após o parto, com uma pontuação máxima possível de 10 (Fair *et al.*, 2024; Watterberg *et al.*, 2015).

O IA é o método mais comumente utilizado para avaliar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina imediatamente após o nascimento. Em geral, um IA ≥ 7 indica que o recém-nascido teve uma boa adaptação à vida extrauterina, um IA < 7 indica a necessidade de intervenções no sentido de auxiliar o RN na sua adaptação extrauterina e um IA ≤ 3 indica uma não adaptação com risco para a vida extrauterina do RN. No entanto, a confiabilidade do IA pode ser questionada (Fair *et al.*, 2024), pois segundo Watterberg *et al.* (2015), diversos fatores influenciam esse processo, como a sedação materna, malformações congênitas, idade gestacional e a variabilidade entre observadores, que pode resultar em diferenças nas práticas de pontuação, afetando especialmente os neonatos de raça negra, conforme apontado por Fair *et al.* (2024). Na prática deste contexto de estágio, a avaliação do IA foi realizada ao 1º, 5º e 10º minuto.

Relativamente à clampagem/corte do cordão umbilical, foi prática comum neste ENP a realização da clampagem/corte otimizado do cordão, o que vai de encontro com as recomendações da WHO (2018a). A clampagem/corte otimizado ou deferido caracteriza-se pela clampagem/corte do cordão umbilical a partir do primeiro minuto de vida ou quando este deixar de pulsar (McDonald *et al.*, 2013). Uma revisão sistemática da *Cochrane* de 2013 mostra que a clampagem/corte otimizado do cordão umbilical aumenta os níveis de hemoglobina no nascimento, melhorando as reservas de ferro nos primeiros 6 meses de vida (McDonald *et al.*, 2013). Sempre que possível, promoveu-se a participação ativa da parturiente/convivente significativo em todas as situações, questionando se tinham preferência na pessoa que iria realizar o corte, registrando, a seu pedido, muitas vezes o momento em vídeos e fotografias.

Todavia, nem sempre foi possível protelar a clampagem/corte do cordão devido à necessidade imediata de realizar manobras de adaptação à vida extrauterina pela equipa

médica de neonatologia. De salientar uma situação de um RN com hipotonicidade, hiporreflexia, e respiração irregular, o que implicou a clampagem imediata do cordão para ser transportado para o reanimador. Nesta situação foi necessária a intervenção do médico neonatologista com o qual se colaborou nos cuidados ao RN. Estas intercorrências geraram ansiedade e grande preocupação por parte dos pais, sendo, por isso, conforme descrito, oferecido apoio emocional de forma a atenuar o impacto emocional da separação e reforçar a confiança no processo assistencial.

Os cuidados ao RN, nomeadamente a administração da vitamina K, foram sempre realizados com o consentimento dos pais e durante o contacto pele a pele ou após a primeira hora de vida, de forma a promover o contacto pele a pele prolongado. A WHO (2018a) preconiza que todos os RN devem receber 1 *mg* de vitamina K por via intramuscular após o nascimento, respeitando a primeira hora em que o RN está em contacto pele a pele. Ao nascimento, os RN apresentam baixos níveis de vitamina K devido à transferência placentária limitada, ao intestino estéril e ao fígado imaturo, portanto, os recém-nascidos são suscetíveis de desenvolver hemorragia, sendo a administração da vitamina K intramuscular após o nascimento o método eficaz na sua prevenção (Jullien, 2021).

Segundo o protocolo da instituição onde decorreu o ENP, a profilaxia da infeção ocular consiste na administração de uma pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina ou no colírio de azitromicina para prevenção de infeções oculares. Estas recomendações vão de encontro a uma revisão da literatura de 2022 que refere que a azitromicina é um fármaco seguro, destacando que esta é uma prática comum na generalidade dos países e recomendada por diretrizes universais (Çelik, 2022). A WHO (2017) também preconiza a aplicação de azitromicina a 0,5% ou o cloridrato de oxitetraciclina, entre outros, nos olhos de todos os RN, para prevenir infeções oftálmicas que podem ter consequências na visão do RN. Contudo, não se verifica uma prática universalmente aceite por toda a comunidade médica internacional, o que leva à não recomendação pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2023).

Posteriormente, colocou-se no RN uma pulseira de identificação, no membro superior, e uma pulseira eletrónica no membro inferior, esta última constituída por um sistema de alarme com objetivo assegurar a segurança e a identificação inequívoca do RN, sendo retirada unicamente após a alta.

Com estas experiências, aprofundou-se competências comunicacionais e relacionais, para além das competências técnicas da assistência ao parto normal,

permitindo ser um guia orientador para a parturiente/convivente significativo, motivando-os e empoderando-os para se envolverem ativamente no nascimento. Esta abordagem foi fundamental, pois considera-se essencial para um parto seguro, tranquilo e humanizado. A observação da intervenção do EEESMO orientador com as parturientes/conviventes significativos, o seu apoio, a sua motivação e a partilha de experiências permitiram a melhoria constante destas competências.

Após o nascimento, considera-se o início do 3º estadio do TP, a dequitação. É comum considerar a dequitação como o período que compreende o período após a expulsão do feto até à saída da placenta (Portugal, 2023b). Esta dá-se pela ação das contrações uterinas, que diminuem significativamente a superfície de inserção da placenta, o que, consequentemente, leva ao seu descolamento (Hersh *et al.*, 2024).

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma complicação relativamente comum do terceiro estadio do TP, e diversas estratégias têm sido estudadas para mitigar o risco de HPP, resultando na implementação generalizada da conduta ativa do terceiro período do trabalho de parto (Hersh *et al.*, 2024).

Assim, a dequitação pode ser conduzida de forma expectante (fisiológica), ativa ou mista (Begley *et al.*, 2019). Neste contexto, o EEESMO deve considerar a preferência da parturiente, expressa no plano de parto ou verbalmente. Na condução expectante (ou fisiológica), as intervenções do EEESMO devem se basear na não administração de uterotónicos, não clampar/cortar o cordão umbilical precocemente e potencializar a saída da placenta combinando a gravidade com os esforços maternos (NICE, 2023). A conduta ativa do terceiro estadio do TP envolve três componentes principais, a administração de um uterotónico para auxiliar na contração uterina, o clampeamento/corte precoce do cordão umbilical e a aplicação de tração no cordão umbilical acompanhada de uma contra-pressão sobre o útero para facilitar a expulsão da placenta (tração controlada do cordão) (NICE, 2023, Begley *et al.*, 2019). Contudo, algumas recomendações da WHO questionam o clampeamento/corte precoce do cordão umbilical como prática universal, mesmo em contexto de conduta ativa (WHO, 2014). A conduta mista envolve a utilização de algumas, mas não de todas essas medidas (Begley *et al.*, 2019).

Durante a dequitação, ocorreu sempre alguma perda hemática, à medida que se forma o hematoma retroplacentar a placenta se desprende e é expelida (Begley *et al.*, 2019), e que varia muito de mulher para mulher (Hersh *et al.*, 2024). A HPP é comumente definida como uma perda de sangue superior a 500 mL, sendo que uma hemorragia grave corresponde a uma perda de 1000 mL ou mais, e uma hemorragia muito grave a uma perda

de 2500 mL ou mais (Begley *et al.*, 2019). A etiologia da HPP está relacionada com o tónus em 70% dos casos (atonía uterina), com o trauma (lesões no trato genital), com o tecido (retenção de produtos da concepção) ou com a trombina (coagulopatia) (Escobar *et al.*, 2022). Os fatores de risco para atonia uterina incluem condições em que o útero está mais distendido, como gestação múltipla, macrosomia fetal ou polidrâmnios (Hersh *et al.*, 2024).

A ocitocina é o fármaco de eleição recomendado pela WHO (2018a) para a prevenção de HPP durante a terceira fase do TP, em todos os nascimentos, de forma a assegurar uma melhor contração uterina e a minimizar a perda hemática após o nascimento. Ao longo deste ENP, seguiu-se sempre as recomendações mais atuais, administrando ocitocina a todas as mulheres para prevenção de HPP (Portugal, 2023b). Durante a prestação de cuidados adotou-se uma conduta mista na gestão do terceiro estadio do TP, pois recorreu-se à administração de ocitocina para a prevenção da HPP, todavia, procedeu-se à clampagem/corte otimizado do cordão, o que caracteriza a conduta expectante e vai ao encontro das mais recentes recomendações (WHO, 2018a; Begley *et al.*, 2019; Escobar *et al.*, 2022; NICE, 2023). De acordo com um estudo de 2024, o autor recomenda a alteração do termo “conduta ativa do terceiro estadio do TP” para a adoção do termo "cuidados no terceiro estadio" de forma a refletir a abordagem mais abrangente e flexível desta fase do TP (Hersh *et al.*, 2024).

Deste modo, ao longo deste estadio, a parturiente esteve confortável e numa posição com elevação (*semi-fowler*) de forma a favorecer o descolamento da placenta pelo seu próprio peso. Enquanto se observou o comportamento da parturiente e as perdas sanguíneas, observou-se também os sinais de descolamento da placenta (OE, 2015; Sequeira *et al.*, 2020a). Estes sinais caracterizam-se pela contração firme do útero, saída repentina de sangue pelo introito vaginal, aumento aparente do cordão umbilical devido à descida da placenta, elevação do fundo uterino e alteração da forma discoide para ovoide do útero (Hersh *et al.*, 2024). De forma a confirmar o descolamento da placenta, realizou-se a mobilização transabdominal do fundo uterino e a verificação da retração do cordão (sinal de Kustner) (Portugal, 2023b). Durante este processo, vigiou-se possíveis sinais de alerta (sintomas sugestivos de desequilíbrio hemodinâmico), como o estado geral da puérpera, postura, expressão facial, coloração da pele e mucosas e o estado emocional e psicológico, bem como os sinais vitais.

Na maioria dos casos, a expulsão da placenta ocorreu poucos minutos após o parto, sendo que, em média, dura de 6 a 10 minutos após o parto e a ocorrência de

complicações aumenta após os 30 minutos (Hersh *et al.*, 2024). Neste sentido, respeitou-se o tempo fisiológico da expulsão da placenta. Porém, em algumas situações que estavam perto de exceder o tempo fisiológico de expulsão da placenta, definido pela DGS em 30 minutos, recorreu-se à tração controlada do cordão (Portugal, 2023b). Após o descolamento, aplicou-se movimentos circulares suaves, conjugados com o peso da própria placenta, facilitando o processo de exteriorização e remoção completa das membranas (Sequeira *et al.*, 2020a).

Durante este ENP, verificou-se dois mecanismos de expulsão da placenta, o de *Schultze*, quando a separação da placenta se inicia pela zona mais central e então surge em primeiro lugar a superfície fetal da placenta (brilhante e lisa), sendo que a maior quantidade de sangue proveniente do hematoma retroplacentar exterioriza-se após a expulsão da placenta; e o de *Duncan*, caracterizado pelo início do descolamento da placenta pela periferia, surgindo em primeiro lugar a face rugosa referente à superfície materna, sendo que se verifica um discreto e contínuo sangramento acompanhando o deslizamento da placenta pela vagina (Sequeira *et al.*, 2020a; Graça, 2017).

Após a saída da placenta, enceta-se o quarto estadio de TP, que corresponde ao puerpério imediato, que corresponde às duas primeiras horas após a saída da placenta e das membranas amnióticas (Graça, 2017). Neste período, avaliou-se os sinais vitais, verificou-se o estado de contratura uterina por meio da identificação do globo de segurança de *Pinard*, através da palpação abdominal e da observação da perda hemática vaginal, e os lóquios (NICE, 2023; Portugal, 2023b). A avaliação do estado de contratura uterina pós-parto é recomendada para todas as puérperas para a deteção precoce de atonia uterina (WHO, 2018a).

Posteriormente, inspecionou-se rigorosamente a placenta, colocando-a num tabuleiro e com a face fetal virada para cima, analisando as características do cordão umbilical, com especial atenção à existência de três vasos (duas artérias e uma veia), à presença de nós verdadeiros ou falsos, ao local de inserção e ao comprimento. Voltando a placenta para a face materna, observou-se as membranas confirmando a presença de dois folhetos (amnio e corion), identificando o ponto de rotura das membranas e, abrindo-as, observou-se os seus contornos e a integridade dos cotilédones como preconizado por Sequeira *et al.* (2020a) e Portugal (2023b). Esta revisão placentar é importante para garantir que nenhum fragmento de placenta ou membrana tenha ficado retido na cavidade uterina, pois, conforme descrito, a retenção de tecidos é um fator etiológico para a atonia uterina (FIGO, 2012).

Seguidamente, realizou-se a inspeção do canal vaginal, períneo e esfíncter anal para avaliar a integridade dos tecidos e, se necessário, corrigir a episiotomia ou laceração perineal. O trauma perineal ou genital é classificado em quatro graus, dependendo da extensão da lesão: primeiro grau (lesão apenas na pele), segundo grau (lesão nos músculos perineais), terceiro grau (lesão envolvendo o esfíncter anal) e quarto grau (lesão que afeta tanto o esfíncter anal quanto o epitélio anal) (NICE, 2023).

Durante este estágio, as lacerações de primeiro e segundo grau foram as mais comuns, sendo corrigidas com sutura contínua para fechar os planos, incluindo a mucosa vaginal e os músculos perineais, seguindo a técnica assética de episiorrafia. Para melhorar a visibilidade dos tecidos, realizou-se o tamponamento do colo, e quando necessário, administrou-se anestesia local, especialmente em casos sem analgesia epidural. O fio de sutura utilizado foi o *Vicryl Rapide 2/0*, com exceção de lacerações próximas ao meato urinário ou nos pequenos lábios, que foram corrigidas com *Vicryl Rapide 3/0*. Para o encerramento da pele, em alguns casos, utilizou-se sutura interrompida, o que não está totalmente em conformidade com as orientações do NICE (2023), que recomenda a sutura contínua para a parede vaginal e camada muscular, além de encerramento intradérmico da pele.

Puérperas que recebem sutura contínua para reparação perineal demonstraram níveis mais baixos de dor, menor necessidade de analgesia em 24 horas e uma menor incidência de incontinência urinária aos 15 dias pós-parto, além de requerer menos tempo para a reparação e utilizar uma quantidade menor de material de sutura, em comparação com a técnica de sutura interrompida (Martínez-Galiano *et al.*, 2019). Ao longo do estágio, verificou-se que a técnica de sutura interrompida para encerramento da pele era utilizada por parte de alguns profissionais, pois consideravam que acarreta menos impacto em caso de complicações, apesar da evidência científica em contrário. Esta postura foi debatida com os diversos EEESMO da equipa do BP de forma a fomentar a prática clínica com a evidência científica mais atual.

Nas primeiras realizações de episiorrafia, constatou-se uma certa dificuldade na execução da técnica de sutura perineal, o que motivou o pedido de apoio ao enfermeiro EEESMO orientador. Para superar essa dificuldade, recorreu-se à revisão teórica da técnica e à prática em esponjas, como forma de aprimorar a habilidade necessária para sua aplicação adequada. O maior desafio foi a identificação dos diferentes planos a serem suturados, de forma a preservar a anatomia do períneo. O número elevado de períneos íntegros também limitou as experiências para aperfeiçoamento da técnica em situação

real. Contudo, com o passar do tempo e com a o auxílio e colaboração do enfermeiro orientador, foi algo que se foi aperfeiçoando, considerando-se que, no final do estágio, a competência foi adquirida.

Após a reparação perineal, efetuou-se a revisão final da vagina para confirmar a inexistência de compressas, e prestou-se os cuidados de higiene e conforto perineal, aplicando gelo se necessário, e, por fim, promoveu-se a vinculação precoce, incentivando a amamentação se, assim, as mães o desejassem. Aproveitou-se este momento para informar, orientar e instruir relativamente aos cuidados de higiene perineal, gestão da dor perineal e prevenção da infeção da ferida, bem como prestar apoio emocional e incentivar a hidratação. Por último, vigiou-se a eliminação vesical, avaliando a presença de sinais de dificuldade em estabelecer a micção espontânea ou retenção urinária, e na presença de globo vesical facilitou-se o esvaziamento vesical, uma vez que a bexiga cheia ocupa espaço, desvia o útero da linha média e dificulta a contração uterina, o que pode levar ao aumento do risco de hemorragia por atonia uterina (Sequeira *et al.*, 2020b).

Findo o período do puerpério imediato (2 horas pós-parto), repetiu-se as avaliações do estado de contratura uterina pós-parto e a perda hemática vaginal, ofereceu-se alimentação sólida, se a puérpera assim o desejasse. Quando a puérpera se encontrava estável, removeu-se o cateter epidural e, na ausência do bloqueio motor e na presença de estabilidade hemodinâmica, promoveu-se a mobilidade, auxiliando a puérpera nos cuidados de higiene/perineais e incentivando a primeira micção espontânea. Algumas situações de náuseas, tonturas e hipotensão materna exigiram que os cuidados de higiene perineais fossem realizados na cama.

O exame físico do RN foi realizado após o contacto pele a pele e antes de ser transferido para o puerpério. Esta avaliação foi realizada pelo EEESMO, uma vez que este profissional possui as competências para a realização da avaliação cefalocaudal do RN, garantindo a deteção precoce de anomalias ou complicações (OE, 2019b). Observou-se uma situação de alterações morfológicas no RN, confirmadas aquando da realização do exame físico: um encurtamento do osso do fémur. Esta situação foi detetada aquando das ecografias, no entanto, os pais demonstraram-se inquietos com a situação e, de forma a mitigar essa preocupação, transmitiu-se estas alterações morfológicas de forma clara e sensível, esclarecendo qualquer dúvida demonstrada.

Nesta fase, vestiu-se o RN e procurou-se incentivar a participação do pai/convivente significativo nos primeiros cuidados ao RN de forma a promover a vinculação precoce. Após terminado o puerpério imediato, a puérpera foi transferida para

o internamento de puerpério, acompanhada do RN e do convivente significativo, sendo transmitido previamente à enfermeira responsável pela puérpera, todos os dados relevantes sobre a puérpera e RN, bem como toda a informação relativa ao TP, parto e puerpério imediato, promovendo a articulação e continuidade dos cuidados.

No que concerne ao puerpério imediato, desenvolveu-se competências na vigilância da puérpera e do RN, de forma a assegurar o seu bem-estar e providenciar os cuidados imediatos necessários (OE, 2019b).

Todos os cuidados prestados às parturientes e RN ao longo do trabalho de parto e do nascimento foram sempre registados no sistema informático *Glintt*[®], no partograma e em todos os suportes de registos em uso no serviço. De acordo com a OE (2015), os registos clínicos feitos pelo EEESMO são uma parte essencial do processo clínico da parturiente e constituem um documento legal. Esses registos devem ser redigidos com precisão e rigor, incluindo todos os eventos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os envolvidos no cuidado da parturiente (OE, 2015).

Nos registos clínicos, além das avaliações realizadas, também se documentou detalhadamente a maneira como a vigilância fetal foi conduzida. O registo da progressão do TP foi sempre realizado em papel, no partograma, sendo este um instrumento essencial para uma correta monitorização do TP, contribuindo para a obtenção de melhores resultados maternos e perinatais, prevenindo complicações (WHO, 2018a).

Ao longo do ENP, houve contacto com uma situação de perda gestacional, por interrupção médica da gravidez de 24 semanas de gestação, devido a malformações renais major, realizada através da indução do TP em contexto de internamento. O papel do EEESMO no apoio às parturientes e famílias que passam por estas situações difíceis é crucial. O primeiro contacto com esta situação ocorreu no BP, onde foi monitorizado e acompanhado o trabalho de parto (OE, 2019b). Neste contexto, a postura adotada passou essencialmente em potenciar a saúde da parturiente/convivente significativo durante o processo de resolução da perda gestacional, através de várias intervenções, como apoiar emocional e psicologicamente, escutar ativa e empaticamente, ter em atenção a gestão da dor, permitindo a expressão de sentimentos e fornecendo informações claras e precisas sobre todo o processo de perda gestacional. Esta situação resultou em um parto eutócico, experiência emocionalmente difícil e delicada.

No contexto deste estágio, houve ainda uma experiência de observação de uma versão cefálica externa a uma grávida com 37 semanas de gestação. Segundo Graça (2017), esta técnica consiste num ato médico de manipulação fetal, de forma a tornar uma

apresentação pélvica em apresentação cefálica através do abdómen da grávida. Esta manobra está indicada a partir das 36 semanas de gestação, preferencialmente às 37, perante a não existência de contraindicações absolutas ao parto vaginal, como placenta prévia, vasa prévia ou histórico de cesariana, entre outras (Shanahan *et al.*, 2023). Esta experiência permitiu tomar conhecimento do protocolo existente na instituição, bem como colaborar na execução deste procedimento, e na disponibilização de informação relativos ao procedimento, para que estes pudessem tomar uma decisão informada. Neste sentido, realizou-se várias intervenções antes, durante e após o procedimento, de forma a avaliar o bem-estar materno-fetal. Antes e durante a realização do procedimento, realizou-se a monitorização CTG contínua e a monitorização dos sinais vitais maternos. A versão cefálica externa pode causar complicações, embora raras, como alterações temporárias na frequência cardíaca fetal, necessidade de cesariana de emergência, hemorragia vaginal antes do parto, rutura uterina e traumatismo fetal (SPOMMF, 2021).

Nesta situação, a versão cefálica externa realizou-se com sucesso. Após o procedimento, a mulher permaneceu em vigilância no BP, durante uma hora, onde se realizou uma avaliação criteriosa do bem-estar materno-fetal através da monitorização CTG e da monitorização dos sinais vitais. Verificou-se importante assegurar a continuidade dos cuidados, através de educação para a saúde relacionada com sinais de alerta que devem levar à deslocação a uma unidade de saúde. Após asseguradas todas as condições de segurança, a grávida teve alta no próprio dia, sem qualquer intercorrência.

No que diz respeito à prestação de cuidados a parturientes com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto, durante este estágio foram providenciados cuidados a grávidas com diagnóstico de diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo e pré-eclampsia sem critérios de gravidade.

Uma situação de pré-eclampsia, de uma primigesta, com uma gestação de 37 semanas e 3 dias, encaminhada para o SU pelos CSP por apresentar hipertensão e cefaleias que culminou no internamento da grávida por hipertensão e um rácio proteína/creatinina ≥ 3), que evoluiu para um diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade.

A pré-eclâmpsia distingue-se de outros distúrbios hipertensivos na gravidez, como a hipertensão crónica e a hipertensão gestacional, pelo seu maior risco de desfechos adversos maternos e perinatais (Lai *et al.*, 2021). Graça (2017) refere que, apesar de ainda não se conhecer totalmente a causa da pré-eclampsia, é reconhecido que ocorre de forma

consistente uma invasão inadequada e incompleta das artérias espiraladas pelo trofoblasto durante a formação da placenta.

De acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2020), o diagnóstico de hipertensão gestacional é estabelecido quando uma mulher grávida apresenta hipertensão arterial acompanhada de pelo menos um dos seguintes critérios: proteinúria ($\geq 300 \text{ mg}/24$ horas na urina ou relação proteína/creatinina $\geq 0,3$ ou presença de 2+ no exame sumário de urina), alteração na função renal (creatinina $> 1,1 \text{ mg/dL}$ ou aumento para o dobro sem outra doença renal), trombocitopenia ($<100 \times 10^9/L$), elevação das enzimas hepáticas ($\geq$ duas vezes o limite superior do normal), cefaleias ou alterações visuais novas sem diagnóstico alternativo, ou edema agudo do pulmão. Para as mulheres com hipertensão gestacional e pressão arterial grave (pressão sistólica $\geq 160 \text{ mmHg}$ ou diastólica $\geq 110 \text{ mmHg}$), o diagnóstico deve ser alterado para pré-eclâmpsia com características graves. Essas variações graves na pressão arterial aumentam significativamente o risco de morbidade e mortalidade perinatal (Cunha & Silva, 2022; Rana *et al.*, 2019; ACOG, 2020).

Os fatores de risco para a pré-eclâmpsia foram extensamente estudados, os principais incluem histórico de pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, diabetes mellitus pré-gestacional, síndrome anti fosfolipídica, obesidade, idade materna avançada, nuliparidade e gemelaridade, histórico de doença renal crônica e uso de tecnologias de reprodução assistida (Rana *et al.*, 2019), apneia obstrutiva do sono, diabetes gestacional, trombofilias, Lúpus eritematoso sistêmico (ACOG, 2020).

A pré-eclâmpsia pode progredir para eclâmpsia, que é a expressão convulsiva das complicações hipertensivas durante a gravidez. (Cunha & Silva, 2022). Na ausência de um tratamento curativo, a gestão da pré-eclâmpsia envolve a estabilização da mãe e do feto, seguida da realização do parto no momento mais oportuno (Mol *et al.*, 2016). Entretanto, o momento e o método do parto podem variar dependendo da gravidade da condição e da idade gestacional (Cunha & Silva, 2022).

No estágio, devido ao impacto da morbimortalidade materna e fetal, houve necessidade de transferir a grávida para o BP, para uma vigilância mais apertada (nomeadamente, cefaleias, escotomas, dor epigástrica, tensão arterial), acabando por levar ao término da gravidez, através do recurso à indução do parto. Neste sentido, iniciou-se o protocolo institucional de pré-eclâmpsia, composto pela administração de sulfato de magnésio, para prevenção de convulsões (ACOG, 2020), e, posteriormente,

iniciou-se a indução do parto com prostaglandinas. O sulfato de magnésio é o fármaco anti-convulsivante de eleição na gestão da pré-eclâmpsia/eclâmpsia (ACOG, 2020).

A administração de sulfato de magnésio requereu uma vigilância acrescida devido ao risco de toxicidade, nomeadamente a avaliação dos reflexos rotulianos, a frequência respiratória e a monitorização do débito urinário. Estas intervenções foram realizadas concomitantemente com a vigilância e monitorização da gravidez e do TP. Esta situação terminou num TP sem intercorrências e num parto eutócico.

Neste ENP houve também a oportunidade de prestar cuidados a uma parturiente em TP com diagnóstico de diabetes gestacional, controlada com dieta.

Segundo Crowther *et al.* (2022) a diabetes gestacional é um problema de saúde global que impacta a morbimortalidade materna e fetal, aumentando os riscos de indução do parto, cesariana, pré-eclâmpsia e nascimento de bebés grandes para a idade gestacional, que pode causar crescimento fetal excessivo, resultando em complicações no parto, como distocia de ombro, lesões ao nascer, doenças pulmonares, hiperbilirrubinemia e hipoglicemia.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD, 2017), nas grávidas com bom controlo metabólico e sem alterações significativas, como crescimento fetal inadequado ou alteração do líquido amniótico, recomenda-se que a gestação não ultrapasse as 40 semanas e 6 dias. Por outro lado, nas grávidas com dificuldades no controlo glicémico, alterações no crescimento fetal, quantidade anormal de líquido amniótico, ou outras complicações obstétricas, a decisão sobre o momento do parto deve ser individualizada, não devendo exceder as 39 semanas e 6 dias. Nesses casos, o parto vaginal é geralmente o mais recomendado (SPD, 2017).

Neste contexto, a parturiente deu entrada no BP na fase ativa do TP, onde se iniciou a monitorização e vigilância do TP, concomitantemente com o início do protocolo institucional: monitorização das pesquisas de glicemias capilares, perfusão de soro polielectrolítico com glicose a 125 ml/h e administração de insulina regular por via SC em função da glicemia capilar, medida de 4/4 horas (SPD, 2017). Nesta parturiente os valores glicémicos mantiveram-se dentro dos valores normais, não sendo necessário correção com insulina. Este TP decorreu sem intercorrências, tendo como desfecho um parto eutócico.

Outra situação experienciada neste ENP foi uma ameaça de parto pré-termo numa grávida com 33 semanas e 4 dias de gestação. O parto pré-termo é definido pela FIGO como o nascimento antes das 37 semanas de gestação (Ubom *et al.*, 2023). É classificado

de acordo com a idade gestacional da seguinte forma: pré-termo extremo (<28 semanas), pré-termo muito precoce (28+0 a 31+6 semanas), pré-termo moderado (32+0 a 33+6 semanas) e pré-termo ligeiro/tardio (34+0 a 36+6 semanas) (Ubom *et al.*, 2023).

O parto pré-termo (<37 semanas de gestação) é um problema global considerado um dos principais fatores de risco para a mortalidade neonatal (crianças com menos de 5 anos), estando associado a efeitos a curto e longo prazo, como problemas de saúde e crescimento, deficiências intelectuais e mentais, bem como o início precoce de doenças crônicas, entre outros (Ohuma *et al.*, 2023). O diagnóstico de parto pré-termo dá-se quando uma mulher apresenta dilatação cervical progressiva a partir de 4 cm, acompanhada de contrações regulares, antes das 37 semanas de gestação (NICE, 2022).

Segundo Ubom *et al.* (2023) o parto pré-termo é a principal causa de morbimortalidade neonatal, sendo responsável por 70% a 75% dos casos de deficiências no neuro-desenvolvimento, sendo a sua etiologia variada, com 50% dos casos sendo espontâneos ou idiopáticos, 25% associados à RPM e os 25% restantes sendo iatrogênicos (eletivos) devido a indicações maternas ou fetais. Protelar o parto, permitindo a maturação fetal, pode fazer uma grande diferença nos desfechos clínicos neonatais (Ubom *et al.*, 2023).

A equipa médica decidiu iniciar o protocolo de tocolise e maturação pulmonar fetal, uma vez que a grávida não apresentava RPM. A tocolise é um procedimento obstétrico realizado com recurso a medicamentos, com o objetivo de diferir o parto em grávidas que apresentam contrações pré-termo, até permitir terminar o ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal (Mayer & Apodaca-Ramos, 2023).

O fármaco de eleição utilizado neste contexto de estágio foi o Atosiban. Os antagonistas dos receptores de ocitocina, como o Atosiban, são os únicos fármacos desenvolvidos especificamente para atrasar o parto pré-termo. Estes bloqueiam os receptores de ocitocina e, ao impedir a ação da ocitocina, conseguem prevenir as contrações uterinas e relaxar o útero (Wilson *et al.*, 2022). A administração deste fármaco foi realizada, por via endovenosa, em três fases sucessivas, de acordo com o protocolo de serviço. Na primeira fase, um bólus (> 1min), de 6, 75mg de atosiban. Seguindo-se a fase de carga, com perfusão de atosiban durante três horas a 24ml/h, e com concentração de 18mg/h. Na terceira fase, ou fase de manutenção, a perfusão de atosiban era de 8ml/h, a uma concentração de 6mg/h, até 45 horas. Os efeitos secundários mais recorrentes são náuseas, vômitos, dor de cabeça, dor torácica e hipotensão (Wilson *et al.*, 2022).

A corticoterapia foi o método utilizado para maturação pulmonar fetal, pois está recomendada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias a grávidas com risco de parto pré-termo, seja espontâneo ou induzido, uma vez que reduz não só o risco de morte neonatal (31%), síndrome de dificuldade respiratória (44%) e hemorragia intraventricular (46%), mas também diminui a incidência de enterocolite necrotizante, a necessidade de suporte ventilatório, as admissões em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e as infecções sistêmicas neonatais nas primeiras 48 horas após o parto (SPOMMF, 2021). A dexametasona foi o fármaco de eleição utilizado neste contexto de estágio, o que vai de encontro com as orientações da SPOMMF (2021) e ACOG (2016).

A administração destas medicações necessitou de uma vigilância acrescida devido aos possíveis efeitos secundários, através de uma importante cooperação em equipa multidisciplinar na vigilância e monitorização da gravidez e do TP. Não tendo sido possível reverter este quadro, esta situação terminou num parto eutócico de um RN prematuro, que foi internado no serviço de neonatologia após o nascimento.

Todas estas experiências tornaram possível cuidar da mulher inserida na família durante o TP, assegurando um ambiente seguro no sentido de potencializar a saúde da parturiente e do RN na adaptação extrauterina. Para além disso, foram também adquiridas outras competências específicas do EEESMO, nomeadamente a promoção da saúde da mulher durante o TP, a otimização da adaptação do RN à vida extrauterina; o diagnóstico e prevenção de complicações da mulher e do RN; a monitorização de desvios fisiológicos, cooperando com outros profissionais no acompanhamento destas mulheres; e o cuidado à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o TP.

Os cuidados prestados à parturiente/convivente significativo/RN ao longo deste ENP basearam-se no acompanhamento contínuo e personalizado, priorizando a sua segurança e respeitando as suas escolhas. É essencial que estes sejam informados de forma clara sobre as opções disponíveis, capacitando-os para decisões conscientes e informadas. A gestão da ansiedade e das expectativas implica criar um ambiente tranquilo e acolhedor, caracterizado por uma postura empática e suporte emocional. Desta forma, a prática de cuidados encontrou-se em consonância com os princípios da teoria de Kennedy (2000), que enfatiza a centralidade da mulher nos cuidados e na relação baseada na confiança e na parceria mulher/profissional, pilares fundamentais para a humanização da assistência em saúde materna.

O estabelecimento de uma relação de confiança com a parturiente baseou-se no diálogo claro e no fortalecimento da sua autonomia, proporcionando uma experiência

positiva no trabalho de parto, em consonância com as diretrizes da OE (2015) e da WHO (2018a).

Terminando este capítulo, conclui-se que este estágio foi desafiante e sobretudo gratificante. Constatou-se a necessidade de recorrer à evidência científica de forma a justificar a prática e a tomada de decisão. Desenvolveu-se a competência de reflexão crítica das situações vivenciadas em cada turno e da conduta implementada perante as mesmas, de forma a identificar os aspetos que necessitavam de ser melhorados, onde o enfermeiro orientador foi papel essencial neste percurso de aprendizagens e de reflexão, pois estimulou o sentido crítico. Os momentos informais de reflexão e partilha, ao longo do estágio, foram uma mais-valia para alcançar os objetivos finais. A professora tutora foi também um elemento-chave neste processo de aprendizagem, apoiando no “crescimento” e motivando a alcançar os objetivos pessoais, académicos e profissionais.

No próximo ponto realizar-se-á uma análise crítico-reflexiva do ENP, em contexto de CSP, de todas as atividades e competências desenvolvidas.

3.2 Análise crítico-reflexiva do estágio de natureza profissional em contexto de CSP

A segunda fase do ENP conforme referido, decorreu numa UCSP. A opção pela realização do estágio nos CSP surgiu da necessidade da concretização de pelo menos 100 consultas e exames pré-natais, exigida pela diretiva europeia para atribuição do título de EEESMO. Desta forma, julgou-se necessário que uma segunda oportunidade de passagem neste contexto proporcionaria uma mais-valia no aperfeiçoamento das competências exigidas.

Nove *et al.* (2021) refere que sistemas de saúde resilientes baseados em CSP são vitais para a saúde e o bem-estar de todas as mulheres, recém-nascidos e adolescentes. Neste sentido, também a DGS reitera que a vigilância da gravidez de baixo risco deve ser preferencialmente realizada nos CSP, com algumas exceções com indicação para serem realizadas em unidades hospitalares (Portugal, 2023a).

De forma a fornecer aos profissionais de saúde orientações gerais para as práticas consensuais entre os pares, foi criado, pela DGS, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), com o objetivo de obter um impacto positivo na qualidade da Saúde Materna e Fetal. Nestas orientações é delineado um esquema de assistência com base na idade gestacional (Portugal, 2015).

Em Portugal, a DGS (Portugal, 2015), não define de uma forma clara o número de consultas de assistência pré-natal a realizar, fazendo alusão a uma consulta mensal até à trigésima sexta semana de gravidez, quinzenalmente até à quadragésima semana e, a partir daqui semanalmente. No entanto, no mesmo documento, descreve apenas sete consultas, fazendo uma ressalva que este número pode ser realizado em esquema mais reduzido, assegurando no mínimo seis consultas.

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) recomenda que a assistência pré-natal se realize em 14 consultas, podendo estas ser presenciais ou por teleconsulta (OE, 2023). Por sua vez, a WHO (2016) recomenda no mínimo oito consultas de vigilância pré-natal, numa disposição de cinco contactos no terceiro trimestre, dois contactos no segundo trimestre e um contacto no primeiro trimestre.

Neste sentido e segundo Gonçalves *et al.* (2022), Portugal não cumpre o mínimo de consultas recomendado pela WHO e isso pode dever-se ao facto das últimas orientações terem sido publicadas previamente à última recomendação da WHO.

Na primeira consulta da grávida realizou-se a anamnese, onde se recolheu informação detalhada sobre a utente. No início da vigilância é fundamental uma colheita de uma anamnese detalhada, especialmente relacionada à história obstétrica anterior, quando aplicável, e uma avaliação clínica. Esta recolha de informação é crucial para identificar necessidades, determinar diagnósticos, planear e implementar os cuidados a prestar (Santos *et al.*, 2011), o que também possibilita a oferta de informações e cuidados verdadeiramente centrados na mulher/casal (Portugal, 2015). Posteriormente, calculou-se a data provável do parto, e a idade gestacional, com o objetivo de adequar a informação, os cuidados a oferecer e os exames obstétricos a realizar para avaliar a saúde da grávida e do feto (Begum *et al.*, 2023). Nesta consulta, realizou-se também a avaliação do risco pré-natal, uma avaliação fundamental para os profissionais de saúde identificarem condições que, se não tratadas, podem levar a complicações na gravidez ou a resultados negativos no parto, e adaptarem as intervenções para melhorar o bem-estar da grávida e do feto (Andolsek & Kelton, 2000). A avaliação dos risco pré-natal é realizada através da escala de *Goodwin* modificada e dos critérios de referência para consulta pré-natal presente no anexo 2 da norma da DGS 001/2023 de 27 de janeiro, em todas as consultas, pois o risco ao longo da gravidez é dinâmico (Portugal, 2015).

Em todas as consultas realizou-se a determinação da idade gestacional, a avaliação do bem-estar materno fetal (altura/peso antes da gravidez e atual/índice de massa corporal

(IMC)/Tensão Arterial/análise sumária à urina/edemas, histórico vacinal, bem como a avaliação dos consumos de álcool/ tabaco e substâncias psicoativas), de forma a serem precocemente detetadas situações desviantes do normal e que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar materno e fetal (Portugal, 2015).

Todos os dados recolhidos ao longo das consultas registaram-se no boletim de saúde da grávida, pois este é um instrumento essencial de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto, assegurando a circulação da informação clínica da grávida e a articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, possibilitando uma vigilância mais eficaz da gravidez (Portugal, 2015). No boletim de saúde da grávida consta informação pessoal da grávida, a história familiar, os antecedentes pessoais e todos os parâmetros específicos de avaliação da gravidez (Portugal, 2015).

Em todas as consultas realizou-se educação para a saúde de acordo com as necessidades individuais e ajustadas à idade gestacional, sobre estilos de vida saudáveis (alimentação/aumento ponderal desejável/ trabalho/atividade física/ repouso/ cuidados de higiene/ sexualidade/ segurança rodoviária), a importância da periodicidade da vigilância da gravidez, sinais de alerta e de aborto, desenvolvimento embrionário/fetal e dos desconfortos da gravidez. A educação para saúde é fundamental para reduzir o stress materno, melhorar a autoeficácia da grávida, diminuir a taxa de cesarianas, reduzir o uso de anestesia epidural, entre outros (Hong *et al.*, 2021). Neste sentido, a grávida foi incentivada a relatar os principais eventos desde a última consulta, sendo questionada sobre o seu bem-estar físico e emocional, desconfortos ou problemas que possam ter surgido, e quaisquer dúvidas.

A promoção do aleitamento materno foi foco de atenção durante as consultas de vigilância pré-natal, pois o leite materno tem uma composição única, com agentes antimicrobianos, anti-inflamatórios, imunorreguladores e leucócitos vivos, que contribuem para o desenvolvimento do sistema imunitário da criança (Meek & Noble, 2022). A amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses da criança está relacionada com a diminuição das taxas de infeções do trato respiratório inferior, diarreia grave, otite média e obesidade, por sua vez, mulheres que amamentam no primeiro ano de vida do seu bebé têm uma redução da incidência de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, cancro da mama e cancro do ovário (Meek & Noble, 2022).

O plano de parto também foi um aspeto abordado nas consultas, pois como já referido, este permite promover a comunicação entre a grávida e os profissionais de saúde garantindo que as escolhas da grávida sejam respeitadas (Whitford *et al.*, 2014). O plano

de parto está também associado a resultados positivos quando desenvolvidos em colaboração com os prestadores de cuidados, pois criar colaborativamente um plano de parto pode melhorar os resultados obstétricos, ajudar nas expectativas realistas e melhorar a satisfação (Bell *et al.*, 2022). Através do plano de parto é possível identificar as escolhas da grávida, garantindo intervenções baseadas nas mais recentes evidências e indo sempre que possível de encontro com as expectativas da grávida/casal.

Durante as consultas também foram disponibilizadas informações sobre os recursos da comunidade para a promoção da gravidez e da parentalidade, através dos cursos de preparação para o parto e parentalidade. Estes programas são atividades de intervenção comunitária, desenvolvidas junto das grávidas/casais/convivente significativo, com o objetivo de contribuir para uma vivência consciente e satisfatória da gravidez, parto e puerpério, com enfoque na preparação para a parentalidade (Portugal, 2020). De acordo com o PNVGBR, estes cursos têm como objetivos “desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/convivente significativo para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho”, (Portugal, 2015, p.63).

A construção de uma relação de confiança e empatia com a grávida/casal/convivente significativo é crucial em todas as consultas, para que valorizem a importância de comparecer regularmente às consultas. Este ambiente de consultas deve-se tornar um espaço propício para que a grávida compartilhe os seus medos e ansiedades, que muitas vezes impactam negativamente o curso normal da gravidez (Martins, 2014).

Tendo em conta o contexto multicultural das grávidas que utilizam esta unidade, foi possível desenvolver competências interculturais que até então não houvera a possibilidade de aprofundar. Como enfatiza Amendoeira (2022), os profissionais devem desenvolver competências interculturais, promovendo uma sensibilidade cultural que permita a aceitação e negociação de práticas com significado cultural para as utentes, mesmo quando estas não têm respaldo científico. Esta abordagem, centrada na valorização das especificidades culturais, pode facilitar a adesão das mulheres aos cuidados, preservando comportamentos saudáveis e promovendo a aceitação dos cuidados prestados. Assim, ao alinhar práticas clínicas à diversidade cultural, reforça-se a humanização dos cuidados e o envolvimento ativo das mulheres no processo assistencial.

As consultas de vigilância da gravidez pretenderam preparar/capacitar/empoderar a grávida e convivente significativo para a vivência de uma gravidez positiva, do parto e do pós-parto, promovendo uma gravidez saudável, facilitando a minimização dos desconfortos que surgem ao longo do ciclo gravídico (Portugal, 2015), seguindo as orientações do PNVGBR da DGS.

As recomendações presentes no PNVGBR são recomendações que uniformizam as práticas em Portugal, porém, algumas orientações devem ser refletidas à luz das evidências mais atuais. Por exemplo, de acordo com a DGS (Portugal, 2015), a suplementação de ácido fólico é recomendada desde a concepção até ao final do primeiro trimestre, porém a WHO (2016) recomenda a suplementação ao longo da gestação para melhorar os resultados maternos e neonatais. O teste da (Prova de Tolerância à Glicose Oral) PTGO é recomendado pela DGS entre as 24 semanas de gestação e as 28 semanas (Portugal, 2015), a NICE (2020) recomenda o uso de critérios de diagnóstico alternativos para a diabetes gestacional e a PTGO apenas para grávidas com risco acrescido para desenvolver diabetes gestacional: IMC acima de 30 kg/m^2 , gestação anterior com bebé macrossómico, diabetes gestacional na gravidez anterior, história de familiares diretos com diabetes, etnia com alta prevalência de diabetes.

A pesquisa do estreptococo β é um exame que gera, frequentemente, opiniões divergentes, sendo que as evidências sobre os benefícios da pesquisa universal são limitadas. Gonçalves *et al.* (2022) diz-nos que estudos mostram redução na infeção precoce de recém-nascidos cujas mães, identificadas como positivas em testes de rotina, foram tratadas com antibióticos intraparto. No entanto, não houve impacto nas infeções tardias, e muitos bebés infetados nascem de mães com resultados negativos para estreptococo β . Há, ainda, um debate sobre a exposição aos antibióticos e se o risco de efeitos prejudiciais é compensado pela redução da incidência de infeção neonatal e materna (Gonçalves *et al.*, 2022).

Relativamente à pesquisa de anticorpos específicos para a toxoplasmose, Paquet e Yudin (2018) não recomendam o rastreio universal de rotina em mulheres grávidas com baixo risco. O rastreio serológico deve ser oferecido apenas às mulheres grávidas consideradas em risco de infeção primária por *Toxoplasma gondii*, porém informação sobre a prevenção da infeção durante a gravidez deve ser disponibilizada a todas as mulheres grávidas ou que planeiam engravidar (Paquet & Yudin, 2018). Gonçalves *et al.* (2022) num estudo realizado em países com sistemas de saúde semelhantes a Portugal

(modelo Beveridge), refere que esta intervenção não é recomendada em nenhum país analisado, exceto Portugal e Itália. A Itália justifica a pertinência da recomendação devido à alta incidência de gestantes soronegativas, enquanto Portugal não apresenta justificativa (Gonçalves *et al.*, 2022). A mesma autora diz que faltam evidências de que a triagem e o tratamento durante a gravidez reduzam a transmissão mãe-filho ou complicações da infecção e que alguns autores concordam que a triagem pode trazer mais prejuízos do que benefícios.

Ao longo do ENP, foi possível, com a especial colaboração da EEESMO orientadora, o desenvolvimento de competências no âmbito da assistência em cuidados de enfermagem especializados em SMO à grávida/casal/convivente significativo em contexto de consulta pré-natal, assumindo-se a responsabilidade de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno e fetal” (OE, 2010, p.3).

De referir que as competências explanadas neste subcapítulo não refletem exaustivamente todas as competências exigidas pela OE no que concerne ao domínio de competência Gravidez - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, pois parte delas foram desenvolvidas noutro contexto de estágio que não o ENP.

Durante o estágio em contexto dos CSP, observou-se que os cuidados prestados pela EEESMO promovem uma relação diferenciada com as grávidas. Contudo, as experiências vivenciadas podem variar significativamente, influenciadas por expectativas individuais e informações recebidas. Tal constatação despertou o interesse em aprofundar a compreensão acerca dessas experiências.

Para tal, e com o intuito de responder a essa inquietação, delineou-se a problemática de estudo que orientará a componente investigativa deste RENP, e a qual desenvolver-se-á no capítulo seguinte.

4. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO - “QUAL A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM O MODELO DE CUIDADOS LIDERADO PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO, EM PORTUGAL”

No decorrer deste percurso formativo, existiram vários momentos de reflexão sobre as práticas obstétricas realizadas em Portugal e sobre o contexto de saúde atual. Considerando que, em outros países, o modelo *Midwife-Led Care* é apontado como aquele que traz os melhores resultados para mulheres e famílias questiona-se se também em Portugal se deveria optar por essa metodologia de trabalho e de que forma seria a aceitação e satisfação por parte das mulheres e famílias?

De acordo com a WHO (2016; 2018a) e Sandall *et al.* (2024), a *midwife* é o profissional mais adequado na assistência à gravidez e parto fisiológico, e é neste âmbito que a *midwife* desempenha um papel crucial no avanço desta assistência.

A MCEESMO reconhece ao EEESMO as competências para realizar, com autonomia, a vigilância da grávida de baixo risco, a implementação de intervenções que promovem a saúde, a solicitação dos exames e a prescrição da suplementação preconizada pela DGS para todas as grávidas de baixo risco (OE, 2023). Paralelamente, como já referido o enquadramento legal português, nomeadamente pela Lei nº 31/2021, de 24 de maio, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE, de 07 de setembro de 2005, que procede à alteração da Lei nº 9/2009, de 4 de março, reconhece formalmente os EEESMO como profissionais legalmente habilitados para a prestação de cuidados pré-natais a mulheres grávidas de baixo risco, consolidando a sua autonomia técnica e científica neste domínio assistencial.

De forma a averiguar a importância do EEESMO nos cuidados às grávidas, surgiu o interesse de estudar a perceção das grávidas acerca dos cuidados prestados pelos EEESMO, em Portugal.

4.1 Introdução

A gravidez é um processo de mudança que não só simboliza a continuidade da existência, mas também marca um período de ajustes e mudanças tanto para a mulher

quanto, em várias situações, para o casal. É fundamental ressaltar que, embora a gestação seja um processo natural, cada gravidez é única e as experiências das mulheres podem variar consideravelmente. Esta é uma fase crucial de mudança, não só para as mulheres como para o próprio casal.

A DGS define a gravidez como um processo fisiológico, vivenciado por muitas mulheres ao longo de milhares de anos, não sendo, como tal, um estado patológico. No entanto, é reconhecido que receber cuidados especializados durante a gravidez, parto e pós-parto, bem como planejar adequadamente a gravidez, pode reduzir significativamente o risco de complicações, morbidade e mortalidade materna, fetal e infantil (Portugal, 2015).

A visão de que a gravidez não deve ser encarada como uma doença, mas sim como um processo inerentemente natural do ser humano, ressalta a importância dos cuidados pré-natais que visam otimizar a saúde e o bem-estar tanto da grávida quanto do feto. Essa abordagem, alinhada ao modelo salutogénico de saúde, direciona os cuidados de saúde para a promoção de uma gravidez saudável, com enfoque na saúde.

De acordo com Vinje *et al.* (2016), o modelo salutogénico de saúde, concebido por Aaron Antonovsky, fornece um ponto de vista distinto sobre saúde e bem-estar que tem relevância substancial para o campo da obstetrícia. A premissa central de Antonovsky era que o foco principal deveria estar nos fatores que promovem saúde e bem-estar, em vez de apenas nos aspetos patogénicos de doenças e enfermidades (Fries, 2019; Vinje *et al.*, 2016).

Muggleton e Davis (2022) referem que a ênfase na patologia que sustenta o cuidado obstétrico na atualidade não tem servido bem às mulheres durante a gravidez. Segundo eles a gravidez e o parto têm sido excessivamente “medicalizados”, chegando a causar mais prejuízo do que benefício, o que evidencia a necessidade de uma abordagem renovada e mais eficaz (Muggleton & Davis, 2022).

Para Antonovsky (1996), a maioria dos sistemas de cuidados de saúde o foco está em tratar e prevenir doenças, concentrando-se nos agentes causadores e nos métodos de prevenção e tratamento, sendo este o paradigma predominante na medicina preventiva e curativa. No entanto, o modelo salutogénico, propõe uma abordagem que destaca os fatores que promovem ativamente a saúde. Neste contexto, a saúde é vista como algo centrado nas pessoas, considerando o seu ambiente, recursos e capacidades. Ela surge na capacidade dos indivíduos em gerir os seus próprios recursos, seguindo o conceito de sentido de coerência (Antonovsky, 1996). O sentido de coerência é entendido como uma

orientação global que define a capacidade do indivíduo, com um perseverante e empreendedor sentimento de confiança; encarar os estímulos internos ou externos de uma existência como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão - comprehensibility); ter ao alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos - (capacidade de gestão - manageability); e estar motivado para investir na resolução dos acontecimentos. (capacidade de investimento - meaningfulness) (Antonovsky, 1996; Figueiredo & Amendoeira, 2019).

Muggleton e Davis (2022) definem que a abordagem salutogénica, centrada na otimização da saúde, apresenta-se como uma via promissora para o desenvolvimento de um novo paradigma nos cuidados de *midwifery*. Esta perspetiva promove uma educação orientada para a gravidez, parto e pós-parto fisiológico, fortalecendo a capacidade inerente das mulheres e dos casais para vivenciarem experiências positivas durante a gravidez, o parto e os primeiros cuidados parentais (Muggleton & Davis, 2022).

As *midwives* destacam-se assim como profissionais de referência na promoção da gravidez, parto e o pós-parto fisiológico, trabalhando em parcerias com as mulheres, empoderando-as, oferecendo suporte e fortalecendo a sua autonomia ao longo da gravidez e do nascimento (Muggleton & Davis, 2022) – princípios basilares da profissão de *midwifery*.

Amendoeira (2022) defende que a vigilância da gravidez é um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde de um país, refletindo não só a saúde da mulher durante o período da gravidez, como a saúde de cada criança no período pré-natal e neonatal, o que influencia a saúde individual e coletiva, presente e futura de um país.

Em Portugal, a implementação de um programa nacional de vigilância da gravidez foi um passo importante na melhoria da qualidade dos cuidados pré-natais (Portugal, 2015), no entanto, este programa não especifica o profissional de saúde que deve liderar estes cuidados (Gonçalves *et al.*, 2022).

Apesar da vasta evidência internacional recomendando o modelo *midwifery-led care* nos cuidados do contínuo da maternidade, em Portugal, é raramente possível ao EEESMO assumir a responsabilidade pelos cuidados no âmbito do planeamento familiar e pré concecional, e ainda menos da vigilância da gravidez, com prejuízo para a qualidade dos cuidados (Amendoeira, 2022). A realidade atual é um modelo de vigilância maioritariamente realizado pelo médico de família e enfermeiro de família nos CSP.

À data deste relatório, em Portugal, os cuidados personalizados dos CSP estão organizados em unidades funcionais multidisciplinares, as Unidades de Saúde Familiar

(USF). Estas unidades têm autonomia funcional e técnica, num regime de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade (Portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro). No que diz respeito à carteira básica de serviços das USF's, esta, não contempla as áreas específicas de atuação do EEESMO. O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF's é omissivo quanto ao papel dos EEESMO na vigilância da saúde materna ainda que a legislação portuguesa os reconheça como os profissionais responsáveis pelos cuidados pré-natais de mulheres grávidas de baixo risco.

Também a OE se pronunciou e define que “o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco” (OE, 2019b, p.13561). Por sua vez a *International Confederation of Midwives* (ICM, 2024) define a *midwife* como o profissional responsável, que trabalha em parceria com as mulheres para dar o apoio, cuidado e aconselhamento necessários durante a gravidez, parto e o período pós-parto.

Segundo o parecer da MCEESMO os modelos de cuidados onde integrem os EEESMO como líderes de cuidados pré-natais, contribui não só para o aumento do acesso aos cuidados de saúde por parte das grávidas, mas também permitiria a redução do tempo de espera, a melhoria da eficiência do sistema de saúde reduzindo a sobrecarga dos médicos de família, e a redução dos custos, entre outras (OE, 2013).

Este parecer diz ainda que, reconsiderar o papel do EEESMO nos CSP é uma vantagem para os profissionais, pois possibilita o desenvolvimento das suas habilidades. No atual modelo, os CSP vedam na totalidade a aplicação prática das suas competências específicas e altamente diferenciadas e resulta em prejuízos em termos de motivação profissional, qualidade dos cuidados oferecidos à população, ganhos em saúde e satisfação dos utentes (OE, 2013).

Para Watkins *et al.* (2023) o modelo de cuidados liderados por *midwives* provou ser um modelo de cuidados seguro e rentável, com benefícios potenciais para todas as mulheres, independentemente do nível de risco obstétrico. Segundo a WHO (2018a), este modelo é baseado numa série de princípios que visam promover uma abordagem holística, centrada na mulher e na sua família como a autonomia da mulher, continuidade de cuidados e valorização da fisiologia da gravidez e parto.

Sandall *et al.* (2016; 2024) indica que os modelos de continuidade de cuidados liderados por *midwives* estão associados a benefícios para mães e recém-nascidos, como a redução do uso de anestesia epidural, menos episiotomias e partos instrumentados, aumento de partos vaginais espontâneos e aumento da amamentação. Esta autora comparou o modelo de continuidade de cuidados liderados por *midwives* com outros modelos de cuidados e concluiu que as mulheres cuidadas por *midwives* neste modelo têm menos probabilidade de necessitar de intervenção e maior probabilidade de uma experiência satisfatória. De acordo com o mesmo estudo, os resultados adversos foram comparáveis entre os modelos, mas os benefícios foram excedidos.

Uma profissão de EEESMO autónoma facilita a tomada de decisões informadas de uma forma que melhoraria os resultados perinatais em Portugal. A (WHO, 2016; 2018a), reconhece a gravidez e o parto como uma fase da vida em que as mulheres e as pessoas com diversidade de género que recebem cuidados são os principais decisores. Investir em *midwives* pode claramente produzir retornos importantes, incluindo: experiências de parto mais positivas, melhores resultados de saúde, crescimento económico inclusivo e equitativo (Nove *et al.*, 2021).

Como referido anteriormente, em Portugal, a legislação confere total autonomia ao exercício do EEESMO, apesar disto, no SNS, a vigilância das grávidas de baixo risco é liderada pelo médico de família, contrariando as evidências científicas que demonstram variadas vantagens nos cuidados às grávidas com modelos liderados por EEESMO. Julga-se que sendo a grávida a parte mais interessada deste processo deve-se ouvi-las e dar-lhes voz para e tentar perceber as suas experiências com o modelo de cuidados liderados pelo EEESMO.

4.1.1 Modelos de cuidados liderados pelos EEESMO: realidade internacional

Nos últimos anos, a continuidade dos cuidados liderados por *midwives* tem sido amplamente estudada, especialmente em países de alto rendimento. Evidências apontam que a maioria dos modelos identificados foi implementada principalmente na Austrália e no Reino Unido (Bradford *et al.*, 2022). Além disso, os países que mais desenvolveram iniciativas nessa área na última década são aqueles que oferecem serviços de saúde públicos gratuitos e possuem programas de formação de *midwives* bem estruturados, fator essencial para a viabilização desses modelos. Destacam-se, nesse contexto, a Austrália, o Canadá, a Dinamarca, o Japão, a Nova Zelândia e a Suécia (Bradford *et al.*, 2022).

Apesar dos benefícios da continuidade dos cuidados liderados por *midwives*, nenhum destes países conseguiu ampliar esta abordagem para se tornar o padrão de cuidados a nível nacional, com exceção da Nova Zelândia (Bradford *et al.*, 2022). Isto realça os desafios organizacionais da implementação generalizada e a importância da reforma a nível do sistema para permitir aos países a transição para este modelo de cuidados e a sua expansão.

Edmonds *et al.* (2020) defende que os cuidados *midwifery* de qualidade melhoram mais de 50 resultados relacionados com a saúde em áreas como a amamentação, a prevenção do cancro e de doenças cardiometabólicas, a cessação do tabagismo, a saúde sexual e reprodutiva, bem como o desenvolvimento da primeira infância.

Assim, este modelo proporciona um espaço no qual as *midwives* podem exercer a sua atividade em todo o seu potencial, com mais autonomia profissional que num ambiente obstétrico/liderado por médicos tradicional (Edmonds *et al.*, 2020).

Segundo o mesmo autor, os modelos de cuidados devem ser priorizados para financiamento e apoiados por legislação regulamentar que forneça infraestruturas educativas adequadas e reconheça a *midwife* como um profissional de saúde autónomo.

A designação do ano de 2020 pela WHO como o “Ano do Enfermeiro e da *Midwife*” veio trazer o reconhecimento ao papel central da *midwife* servindo como um catalisador para acelerar o investimento financeiro nos modelos de cuidados liderados por *midwives* (Edmonds *et al.*, 2020). Uma revisão sistemática da literatura de Batinelli *et al.* (2022) visou compreender estratégias para implementar modelos de cuidados primários no contínuo da maternidade e verificou que a visibilidade da *midwife* e o papel que esta profissão tem são fatores importantes no sucesso da implementação. Os autores verificaram que os cuidados liderados pela *midwife* foram estabelecidos com diferentes níveis de autonomia. Na Inglaterra e Canadá as *midwives* exercem a profissão de forma autónoma. Os mesmos autores encontram relatos de que as *midwives* brasileiras se deslocaram para o Japão em busca de experiência com o modelo uma vez que no seu país não tinham essa autonomia e precisavam de treinar. Na China, EUA e Irão os modelos de cuidados liderados por *midwives* eram escassos e a força de trabalho de *midwife* ainda não estava bem estabelecida e autónoma no sistema de saúde naquele momento.

Como refere Vermeulen *et al.* (2019) para serem parceiros autónomos nos cuidados e um recurso valioso para alcançar resultados ótimos, as *midwives* necessitam de uma profissão forte em todos os países.

4.1.2 Modelos de cuidados liderados pelo EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco: em Portugal

Em Portugal o documento de orientação da vigilância pré-natal português não especifica quais os profissionais responsáveis pela prestação de cuidados pré-natais, apesar de ao longo do documento o “médico” seja ocasionalmente mencionado e as EEESMO nunca sejam referidas (Gonçalves *et al*, 2022).

Apesar do EEESMO em Portugal possuir competências equivalentes às demais *midwives* da Europa, ele não tem tido, na maioria dos contextos, a oportunidade de exercer essas competências com plena autonomia, resultando num desaproveitamento significativo das mesmas. Um exemplo disso, é a vigilância da gravidez de baixo risco no SNS ser na sua grande maioria realizada por equipas de saúde familiar, que não são especializadas em saúde materna e obstétrica, compostas por médicos de medicina geral e familiar e enfermeiras generalistas.

Todavia nos últimos anos, motivada pelo aumento de utentes grávidas sem equipa familiar atribuída, o SNS implementou projetos-piloto em algumas unidades de saúde onde a vigilância da gravidez de baixo risco é realizada pelo EEESMO. Nestes projetos, o EEESMO lidera os cuidados e dependendo da organização do modelo poderá haver uma contribuição pontual dos médicos de família para a prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica – administrativamente vedado aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica.

4.2 Metodologia

A metodologia corresponde ao conjunto de princípios e métodos que orientam esta investigação, de forma sistemática e rigorosa, que serão detalhados neste capítulo.

4.2.1 Tipo de estudo

De forma a perceber a experiência das grávidas de baixo risco com os cuidados liderados pelo EEESMO recebidos, as suas motivações e receios, optou-se por orientar esta investigação numa vertente qualitativa do tipo descritivo exploratório.

Esta técnica metodológica é especialmente profícua no estudo de questões relacionadas com a vida das pessoas e aos significados que elas atribuem ao que as rodeia. A abordagem qualitativa lida com o mundo dos significados, das razões, das crenças, dos

valores e das atitudes, ou seja, com um conjunto de fenómenos que correspondem à realidade social e que não podem ser quantificados (Minayo *et al*, 2002).

Para Fortin (2009) a investigação qualitativa é essencial para captar a complexidade dos fenómenos sociais, uma vez que permite explorar os significados, crenças e experiências dos indivíduos de forma aprofundada. Segundo esta autora o investigador tem como papel aproximar-se da experiência dos participantes, descrevê-la com base nas suas narrativas e apresentá-la de forma clara e fiel à realidade.

Esta investigação baseia-se nos princípios da pesquisa qualitativa, que não procura controlar o fenómeno, mas compreendê-lo a partir da perspectiva dos participantes, permitindo ter uma visão holística e contextualizada, considerando a totalidade dos fenómenos e a sua interpretação (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora, a investigação qualitativa procura apreender a essência de um fenómeno através da experiência dos indivíduos que o vivenciaram, onde o investigador observa, descreve e interpreta o fenómeno no seu contexto, sem o influenciar ou modificar.

A pesquisa do tipo exploratório tem como objetivo familiarizar-se com o problema em estudo, tornando-o mais explícito ou formulando hipóteses. Por esse motivo o seu planeamento é bastante flexível, permitindo a consideração de diversos aspetos relacionados ao fato estudado. Na maioria dos casos, a investigação envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema em estudo, e análise de exemplos que estimulem a compreensão (Gil, 2002). Já a pesquisa do tipo descritiva segundo Fortin (1999) é uma descrição do fenómeno ou um conceito relacionado com uma população. Por sua vez Gil (2002) diz que a pesquisa do tipo descritiva, tem como objetivo principal descrever as características de determinado fenómeno ou população, ou identificar relações entre as variáveis. O mesmo autor salienta que as pesquisas descritivas, juntamente com as exploratórias, são as que habitualmente realizam os investigadores que se preocupam com a atuação prática.

O princípio orientador utilizado neste estudo foi a teoria do modelo da prática exemplar de Kennedy (2000). A adoção desta teoria não só reforça uma abordagem centrada na mulher, como contribui para a identificação da humanização de cuidados, promovendo um acompanhamento mais próximo, acessível e baseado na evidência científica (Kennedy, 2000). As teorias estão no cerne da prática, do planeamento e da investigação. Todo o pensamento assenta em teorias, mesmo sem a necessidade de ler previamente textos académicos sobre o tema (Alderson, 1998).

A teoria do Modelo da Prática Exemplar de Holly Kennedy revela-se como sendo a que melhor descreve os cuidados prestados nos contextos onde a EEESMO lidera os cuidados. A teoria permite a orientação da estratégia de análise, definindo o nível de aprofundamento e a interpretação dos dados. Justifica também as escolhas metodológicas, garantindo rigor e transparência. Ao explicitar os critérios utilizados para a categorização e interpretação dos achados, a teoria contribui, ainda, para uma análise estruturada e coerente, permitindo que as conclusões sejam devidamente contextualizadas e sustentadas por uma base teórica sólida (Kelly, 2010).

No tópico que se segue, explana-se a população deste estudo e define-se as estratégias utilizadas para selecionar a amostra de forma que esta possua a representatividade da população para garantir a validade dos resultados de pesquisa e de forma a serem generalizados à população alvo.

4.2.2 Objetivo e finalidade do estudo

Esta investigação tem como objetivo explorar as experiências das mulheres com os modelos de cuidados liderados por EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco, no contexto do serviço nacional de saúde português, descrevendo e compreendendo os fenómenos observados e explorando a experiência, a satisfação, bem como os preditores da satisfação das mulheres com os cuidados liderados pelo EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco.

Para além dos objetivos supracitados, este trabalho tem por finalidade contribuir para o avanço no desenvolvimento da pesquisa nesta área, contribuindo para o entendimento e importância da atuação do EEESMO em Portugal e, para o desenvolvimento de políticas de saúde baseadas na evidência científica internacional para o território português.

4.2.3 Questão de investigação

A questão de investigação constitui o eixo central que orienta todo o estudo. Segundo Fortin (1999), a sua formulação deve ser clara e precisa, incorporando os conceitos-chave, especificando as características da população-alvo e direcionando a condução de uma pesquisa de natureza empírica. Neste sentido, respeitando estas premissas elaborou-se a seguinte questão de investigação: “Qual a experiência das

mulheres com os cuidados liderados por EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal?”.

4.2.4 População e amostra

De acordo com Fortin (2009), a população é definida como uma coleção de elementos ou sujeitos que compartilham características comuns, delimitada por critérios específicos. Dentro dessa população, uma amostra representa uma porção ou subconjunto selecionado para o estudo, devendo ser representativa da população total para que os resultados possam ser generalizados. Esta representatividade da amostra é crucial, pois assegura que as características observadas na amostra reflitam fielmente as da população de origem (Fortin, 2009).

No caso deste estudo não se pretendeu recolher um número alargado de dados, mas pretendeu-se entrevistar um número suficientes de grávidas que possibilitasse conhecer profundamente as questões relacionadas com o tema a analisar. Como refere Minayo *et al.* (2002) a amostragem ideal na pesquisa qualitativa é a que permite abranger a totalidade do problema nas suas variadas dimensões não se baseando num critério numérico para alcançar a representatividade.

Todavia, toda a técnica de escolha da amostra possui vantagens e desvantagens, que de certa forma se tentou ultrapassar com a escolha de uma amostra por conveniência que fosse representativa das grávidas que realizam a vigilância pré-natal nos modelos liderados por EEESMO. Os critérios de inclusão para definir a amostra foram os seguintes: mulheres grávidas ou no período pós-parto, cuja gravidez tenha sido classificada de baixo risco, cuidadas em modelos de vigilância pré-natal por EEESMO. O método utilizado para a determinação do número de participantes é o de saturação de dados. Esta saturação é atingida quando as informações a serem recolhidas se verificam redundantes, ou seja, novos conceitos ou ideias deixam de emergir e uma vez que adicionar novos dados já não serve para melhorar a compreensão de determinado fenómeno (Kvale, 1996 citado por Gauthier, 2003).

O presente estudo foi divulgado às participantes através de EEESMO, respeitando os critérios de inclusão. Antes da colheita de dados foi explicado o estudo por escrito e oralmente e as participantes que se disponibilizaram a participar assinaram um consentimento informado (Apêndice I). Para efeitos de identificação dos questionários, e

de forma a manter o anonimato, foi atribuído um código a cada participante, tendo sido destruído após a recolha da informação.

A amostra incluiu grávidas e puérperas que foram cuidadas no modelo liderado por EEESMO para a vigilância da gravidez de baixo risco pertencentes a duas unidades de saúde do SNS e vigiadas por equipas distintas de EEESMO. O recrutamento de participantes foi concluído quando a saturação de dados foi obtida.

No tópico que se segue, abordar-se-á as estratégias seleccionadas para a recolha de informação, onde se realçam as entrevistas semiestruturadas às grávidas e às parturientes cujas gravidezes foram vigiadas no modelo liderado por EEESMO.

4.2.5 Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados optou-se pela realização de entrevistas, pois de acordo com Jamshed (2014), a entrevista é o formato mais comum para a colheita de dados em pesquisas qualitativas. A entrevista, segundo Fortin (1999), é um tipo de comunicação verbal entre o investigador e o informador com objetivo de recolher dados sobre a problemática em questão.

A entrevista envolve um processo de comunicação no qual tanto o entrevistador quanto o entrevistado podem influenciar um ao outro, de forma consciente ou inconsciente. Portanto, longe de ser uma troca social espontânea, ela compreende um processo um tanto artificial e construído, no qual o pesquisador cria uma situação específica (a entrevista). Dessa forma, a entrevista desenvolve uma interação criativa e captadora de significados, na qual as características pessoais de ambos os participantes influenciam decisivamente o seu curso (Aires, 2015).

Posto isto, e devido à natureza qualitativa do tema, foi utilizada como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada, pois permite analisar aspetos subjetivos, de forma espontânea, o que permitiria compreender as perceções destas mulheres.

Segundo Jamshed (2014), as entrevistas semiestruturadas são um método valioso quando o investigador procura explorar as opiniões dos inquiridos e manter as entrevistas numa linha de ação desejada, enquanto proporciona aos inquiridos a liberdade de expressarem as suas opiniões nos seus próprios termos.

Este método, segundo Creswell (2013), apresenta várias vantagens, nomeadamente a sua aplicabilidade em situações em que os participantes não podem ser observados diretamente, a possibilidade de obter informações históricas e a capacidade

do investigador para orientar a linha de questionamento. As desvantagens, segundo o mesmo autor, são a possibilidade de informações imprecisas, pela subjetividade e interpretação individual dos entrevistados, a possibilidade de viés das respostas, pela presença do entrevistador.

Foi elaborado um guião de entrevista prévio, que serviu de guia orientador no desenrolar da entrevista. Este guião foi construído em torno de tópicos distintos e tendo como base em 4 constructos das teorias de *midwifery*: a mulher, o ambiente, os cuidados de *midwifery* recebidos e a saúde.

Este guião foi submetido a um pré-teste que teve lugar em julho de 2024, com o objetivo de testar e validar o instrumento de recolha de dados previsto para o estudo. O pré-teste foi realizado com duas mulheres que cumpriam os critérios de inclusão definidos, apresentando características idênticas às da população alvo. Esta etapa teve como finalidade avaliar a clareza das questões e a sua adequação face aos objetivos do estudo. Após análise dos resultados e a realização de alguns ajustes foi obtida a versão final do guião (APÊNDICE II). O tempo médio da duração das entrevistas do pré-teste foi de 25 minutos.

4.2.6 Procedimento de recolha de dados

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. Para que os dados das entrevistas fossem capturados de forma eficaz, procedeu-se à gravação áudio das mesmas, após consentimento informado, minimizando a perda de informações. A gravação áudio da entrevista oferece várias vantagens: liberta o investigador e permite que ele se concentre no conteúdo da entrevista e nas instruções verbais facilitando a interação entre o entrevistador e o entrevistado e permitindo uma “transcrição literal” da entrevista (Jamshed, 2014). O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos.

Após a gravação procedeu-se à transcrição do conteúdo de cada entrevista - passo fundamental para a familiarização com os dados.

4.2.7 Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram submetidos a uma análise de conteúdo, método que pareceu a mais apropriada ao tipo de investigação que se desenhou, uma vez que se partiu do pressuposto que por detrás de um discurso está um sentido que precisa ser decodificado.

A ideia de que a análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações que procura, através de métodos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, adquirir conhecimentos sobre o emissor, o recetor e o meio da mensagem, levando em conta as condições em que essas mensagens são produzidas e recebidas (Cardoso *et al.*, 2021).

Bardin (2016) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e receção dessas mensagens.

A mesma autora, enfatiza a importância de uma abordagem rigorosa e sistemática que envolve as diferentes etapas como a pré-análise; a análise do material; o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação) visando garantir a objetividade e a validade das inferências realizadas (Bardin, 2016).

Inicialmente, procedeu-se à audição e transcrição das entrevistas, permitindo a familiarização com os dados recolhidos. Após a transcrição das entrevistas constituiu-se o *corpus*¹ da análise de forma a realizar a análise de conteúdo. Em seguida, após várias leituras das transcrições, com a finalidade de uma interiorização dos dados, foram identificadas as unidades de registo. Posteriormente e depois de examinar em profundidade as unidades de registo, estas foram agrupadas em categorias e subcategorias. As categorias e subcategorias foram classificadas com base na similaridade do conteúdo.

Ao classificar as diferentes categorias baseou-se, sempre que possível, nas regras de análise de conteúdo definidas por Bardin (1977), das quais se salienta a homogeneidade (a organização das categorias deve ser guiada por um único princípio de classificação); a exclusão mútua (uma unidade de registo não pode ser classificada em mais de uma categoria); a pertinência (as categorias devem ser adequadas ao objetivo e

¹ Bardin (1977) define o *corpus* como o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras. Eis as principais regras: Exaustividade (não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por uma ou por outra razão); Representatividade (a amostra deve ser representativa da população); Homogeneidade (obedecer a critérios escolhidos e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha); Pertinência (os dados obtidos devem ser adequados de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a questão de investigação)

ao conteúdo da análise); a objetividade e fidelidade (diferentes pessoas devem ser capazes de chegar aos mesmos resultados utilizando o mesmo conjunto de categorias); a produtividade (as categorias são consideradas produtivas se gerarem resultados frutíferos, ou seja, dados novos e precisos).

Destaca-se que a análise dos dados foi realizada de forma independente por dois investigadores (LM e SP), que posteriormente compararam as suas interpretações. A definição de cada área temática, categoria e subcategoria foi alcançada por consenso, e, em caso de divergências, recorreu-se à mediação de um terceiro investigador (AG) para garantir a concordância.

É importante ressaltar que desta análise surgiram áreas temáticas, que respondem diretamente aos objetivos da investigação e emergem a partir dos discursos das participantes. Este processo de análise foi dinâmico, sendo constantemente revisto e ajustado, sustentado por uma exaustiva revisão bibliográfica e no referencial teórico associado, contanto com a mentoria da professora orientadora.

4.2.8 Procedimentos éticos

Qualquer investigação gera algum tipo de interferência na vida pessoal dos indivíduos, contudo, as atividades do investigador têm de se basear num conjunto de princípios éticos e deontológicos. Posto isto, ao longo da investigação, procurou-se não interferir na privacidade e intimidade das mulheres mais do que o necessário para a compreensão do tema, respeitando a decisão de participar ou abandonar o estudo a qualquer momento.

A todas as participantes do estudo foram solicitados consentimentos informados orais e escritos e a confidencialidade foi garantida. Elas foram informadas dos objetivos e finalidade do estudo e da liberdade de retirar a sua participação no estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo para os próprios ou qualquer juízo de valor por parte dos investigadores.

A participação no estudo ocorreu de forma voluntária, garantindo que cada participante pudesse tomar uma decisão informada e autónoma sobre o seu envolvimento. Assegurou-se a confidencialidade dos dados, bem como a sua utilização exclusiva para fins académicos e científicos. Além disso, foi garantida a autenticidade das informações fornecidas pelos participantes, preservando-se a possibilidade de acesso, sempre que solicitado, aos dados recolhidos a seu respeito e aos resultados da investigação.

Este estudo regeu-se pelos princípios da beneficência, da não maleficência, da veracidade e da confidencialidade. Os registos são confidenciais e consistem na gravação, transcrição, registos de notas alargadas e detalhadas, para o caso de a gravação falhar. A identificação dos participantes foi efetuada através de aposição de um código aos participantes.

O estudo foi sujeito à aprovação da Comissão de Ética do IPVC (Anexo I), tendo, o desenvolvimento da atividade, sido orientado, desde o seu início, pelo rigor científico, assegurando uma abordagem ética que permeou todas as etapas, desde a fase conceptual até à fase empírica.

4.3 Resultados

Iniciar-se-á este tópico com a apresentação na Tabela 2 da caracterização sociodemográfica das entrevistadas, com dados sobre idade, estado civil, formação académica, profissão, história reprodutiva e paridade.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica

Entrevista	Idade	Estado Civil	Formação académica	Profissão	Gesta	Para	Aborto
E1	31	solteira	Licenciatura	Enfermeira	2	1	1
E2	26	casada	Licenciatura	Ed. Física	2	1	0
E3	37	casada	Licenciatura	Engenheira	2	1	1
E4	26	casada	Licenciatura	Designer gráfico	1	1	0
E5	40	casada	Mestrado	Arquiteta	1	1	0
E6	29	casada	12º ano ou equivalente	Doméstica	2	2	0
E7	29	casada	12º ano ou equivalente	Técnica enfermagem	2	2	0
E8	33	solteira	Mestrado	Jurista	1	1	0
E9	28	solteira	Mestrado	Psicóloga	1	1	0
E10	38	solteira	12º ano ou equivalente	Esteticista	1	0	0
E11	35	união de facto	Mestrado	Gestora de projetos	2	1	0
E12	34	união de facto	Mestrado	Arquiteta	2	1	0
E13	25	solteira	Licenciatura	Solicitadora	3	0	2 IVG

A amostra do estudo é composta por 13 participantes, com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos. A maioria das entrevistadas encontra-se na faixa etária dos 26 aos 35 anos. Quanto ao estado civil, predominam as mulheres casadas, seguidas das solteiras e das que vivem em união de facto.

No que respeita à formação académica, verifica-se uma diversidade de níveis de escolaridade. A maioria das participantes possui formação superior, nomeadamente licenciatura e mestrado, enquanto 3 entrevistadas concluíram o ensino secundário (12º ou equivalente). Profissionalmente, as participantes desempenham funções em diversas áreas, incluindo enfermagem, educação física, engenharia, arquitetura, direito, design gráfico, psicologia e gestão de projetos.

Relativamente à história reprodutiva, as participantes apresentam diferentes trajetórias. O número de gestações varia entre 1 e 3, sendo que a maioria das mulheres já teve pelo menos uma gestação. No que se refere ao número de partos, algumas participantes não tiveram filhos, enquanto outras tiveram até dois partos. O histórico de abortos também varia, registando-se casos de interrupção espontânea e de interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Este perfil sociodemográfico evidencia a heterogeneidade das participantes no que concerne à idade, estado civil, nível de escolaridade, trajetória profissional e experiência reprodutiva, permitindo uma compreensão ampla e representativa do grupo analisado.

Relativamente aos resultados obtidos do *corpus* de análise, estes serão apresentados na Tabela 3, conforme indicado abaixo.

Tabela 3 - Síntese das áreas temáticas, categorias e subcategorias, relativas às entrevistas realizadas

Área Temática (n)	Categoria (n)	Subcategoria (n)	Unidade de registo (n)	Entrevistas
Dimensão do Cuidado (74)	Experiência da Mulher com a Prática de Cuidados prestados pelo EEESMO (26)	Valorização do EEESMO (3)	“eu queria era que todas as grávidas tivessem a experiência que eu tive, de ser atendida por uma pessoa assim igual a ela”. E2	E2 E6 E8
		Experiência positiva (8)	“é satisfação total. O cuidado com a enfermeira [entenda-se EEESMO] eu achei assim nota dez. Eu achei muito bom. Eu tenho só elogios”. E7	E5 E6 E7 E8 E9 E10 E11 E13
		Sentimento de acolhimento (4)	“Eu, no caso, por ser imigrante, eu tinha muito medo, é, mas assim eu me senti muito bem graças a deus, muito acolhida, muito respeitada”. E2	E2 E4 E6
		Vínculo com o EEESMO (2)	“o tratamento excelente e respeito, eu tenho uma relação de amizade com as enfermeiras [entenda-se EEESMO]. O cuidado e o tratamento que eu tenho é incrível”. E8	E8
		Sentimento de segurança/ Empoderamento (9)	“o facto de serem bastante atenciosas e de ouvirem as nossas preocupações, deixa-me tranquila e num espaço seguro”. E12	E1 E3 E4 E7 E12
	Valores do cuidado do EEESMO (49)	Escuta ativa (10)	“Sentia-me, pronto, satisfeita, sentia-me ouvida”. E9	E3 E5 E6 E8 E9 E11 E10 E12 E13
		Comunicação (9)	“Tive sempre a abertura para fazer qualquer e todo o tipo de questões”. E9	E1 E2 E3 E4 E7 E8 E9 E10
		Dedicação (13)	“são bastante atenciosas, acho que há um cuidado particular”. E12	E2 E4 E5 E6 E7 E8 E10 E12 E13
		Paciência (1)	“a consulta nunca foi com pressa, sempre teve calma, paciência. Por mais que atrasasse na hora que a gente estava dentro da sala, o atendimento era totalmente dedicado”. E6	E6

		Calma (4)	“não tinha um atendimento com pressa, então me atendia ... com aquela calma”. E10	E 9 E10 E11
		Humildade (1)	"E uma coisa que eu notei e que admiro, apesar de serem especialistas, apesar de terem anos da experiência, a humildade". E8	E8
		Empatia (3)	“Elas tiveram sempre tato. Nunca senti que estivesse a ser posto em causa qualquer emoção que eu estivesse a sentir. Não houve ali julgamentos da parte delas”. E9	E9 E13
		Disponibilidade (8)	“Então, qualquer questão que eu tinha, eu falava para ela e ela respondia, então eu fiquei muito, muito satisfeita”. E3	E1 E2 E3 E4 E5 E13
Dimensão da prática (49)	Competência profissional (33)	Tomada de decisão partilhada (27)	“Sim, sempre ela me explicava, me dava opções e eu sempre escolhia a que melhor se enquadrava no meu caso... sempre tomei as minhas decisões, junto com o meu marido.” E2	E1 E2 E4 E6 E7E8 E9 E10 E11 E12 E13
		Experiência profissional (2)	“Eu acho que elas são excelentes no que fazem, na minha experiência as duas foram muito boas... têm muita experiência”. E3	E3 E9
		Prática baseada em evidência (4)	“[sentia confiança] ...até porque muitas vezes elas faziam referência a algum estudo ou algo”. E9	E8 E9 E11
	Ambiente dos cuidados Satisfação com os cuidados (8)	Cuidados individualizados/personalizados (5)	“Eu achei um atendimento humanizado, diferenciado”. E6	E6 E7 E8
		Modelo salutogénico (3)	"Eu acho que o facto dela mostrar que a gravidez era algo natural, que a gravidez é... que a mãe...é quem vai fazer maior trabalho". E4	E4 E11
	Sugestão de melhorias (8)	Mais e melhores equipamentos (2)	“Os equipamentos podiam ser melhores”. E5	E5 E8
		Mais consultas (3)	“então eu ia só ter consultas uma vez por mês, mas no início eu queria ter consultas mais vezes”. E4	E1 E4 E5

		Mais informação sobre amamentação (2)	“Acho que não há nada para melhorar, mas sim para inovar. Workshops sobre amamentação...seriam uma mais-valia”. E8	E8 E9
		Mais profissionais (1)	“Pôr mais profissionais como a A., atenciosa, carinhosa, humana”. E6	E6
Cuidados liderados por EEESMO (26)	Interação entre Mulher e EEESMO (13)	Proximidade e disponibilidade (4)	"Eu estranhei porque da onde eu vim é diferente. Mas preferi confiar e deu certo...as enfermeiras [entenda-se EEESMO] são mais acessíveis do que os médicos" E7	E1 E4 E6 E7
		Reconhecimento das competências das Enfermeiras Especialistas (9)	“Eu achei que ia ser muito raso, que ia ser só... achei até que eu teria que fazer o acompanhamento de um particular, mas com o passar dos meses eu fui vendo que não precisava porque a enfermeira [entenda-se EEESMO] A. tinha tudo, ela pôde me ajudar em todas as áreas da minha gravidez, ela tinha essa, essa... o entendimento a sabedoria o conhecimento que precisava de ter para me ajudar”. E4	E1 E4 E6 E8 E12
	Valorização da continuidade de cuidados (13)	Valorização da integração e coordenação entre serviços (11)	“Eu sempre fui bem direcionada entre o centro de saúde, o hospital, as consultas que eu tive foi tudo dentro do prazo. Não tenho nada a reclamar”. E6	E1 E2 E5 E6 E7 E8 E9 E12
		Continuidade do acompanhamento (2)	“se eu tivesse a garantia que aquelas enfermeiras [entenda-se EEESMO] iriam realizar o parto do meu bebé, eu se calhar estaria muito mais tranquila”. E12	E12

A análise de conteúdo do *corpus* de análise, permitiu extrair 151 unidades de registo, a partir das quais se identificaram três áreas temáticas principais: Dimensão do cuidado, Dimensão da prática e Cuidados liderados por EEESMO. Estas áreas temáticas proporcionam uma visão abrangente e estruturada da experiência das mulheres com a vigilância da gravidez no modelo liderado pelo EEESMO, permitindo uma compreensão aprofundada das suas percepções.

Dimensão do cuidado

A área temática ***Dimensão do cuidado***, com 75 unidades de registo, reflete os aspetos mais apreciados dos cuidados dispensados pela EEESMO. Dentro desta área temática, identificaram-se duas categorias principais. A primeira, **Experiência da Mulher com a Prática de Cuidados prestados pelo EEESMO**, que se desdobra em cinco subcategorias: “*Valorização do EEESMO*”, que evidencia a recomendação como indicador relevante de satisfação com o modelo; “*Experiência positiva*”, emerge a satisfação com os cuidados recebidos, reforçando que o acompanhamento por EEESMO vai além da assistência clínica; “*Sentimento de acolhimento*”, ressalta a sensação de acolhimento, respeito e proximidade emocional experimentada pelas entrevistadas; “*Vínculo com o EEESMO*”, ressalta o estabelecimento de um vínculo e ligação com a profissional; “*Sentimento de segurança/ Empoderamento*”, evidencia o processo pelo qual as EEESMO potencializam as competências das mulheres de forma a ganharem maior confiança nas próprias capacidades; A segunda categoria, **Valores do cuidado do EEESMO**, que se desdobra em oito subcategorias: “*Escuta ativa*”, onde evidencia a disponibilidade das profissionais para o diálogo e a abertura para falar sobre diversos assuntos; “*Comunicação*”, indica a acessibilidade da profissional para esclarecer dúvidas bem como a disponibilização de material de suporte à consulta; “*Dedicação*”, ressalta o compromisso das profissionais com o bem-estar das mulheres; “*Paciência*”, reforça a atenção individualizada e a paciência no atendimento; “*Calma*”, destaca a importância da disponibilização de tempo durante o atendimento prestado pelas EEESMO, permitindo que as mulheres reflitam adequadamente sobre suas escolhas; “*Humildade*”, foca a criação de um ambiente respeitoso entre profissional e grávida; “*Empatia*”, indica uma característica marcante da personalidade do profissional apreciada pelas mulheres “*Disponibilidade*”, onde evidencia a acessibilidade das profissionais de saúde através de diferentes canais de comunicação.

Dimensão da prática

A área temática ***Dimensão da prática***, com 49 unidades de registo, explora o impacto dos cuidados dispensados pela EEESMO na experiência da gravidez, vivências e expectativas. Dentro desta área temática, reconhecem-se três categorias. A primeira, **Competência profissional**, desdobra-se em três subcategorias: “*Tomada de decisão partilhada*”, identifica a importância do cuidado informado, respeitoso e partilhado, onde a voz e as escolhas das mulheres são consideradas ao longo de todo o processo; “*Experiência profissional*”, ressalta o impacto da experiência profissional na tranquilidade e na sensação de segurança com os cuidados prestados; “*Prática baseada em evidência*”, ressalta a importância da base científica e fundamentada das informações fornecidas pelas EEESMO. A segunda, **Ambiente dos cuidados**, desdobra-se em duas subcategorias: “*Cuidados individualizados/personalizados*”, identifica a importância da consideração das necessidades individuais de cada mulher por parte do profissional; “*Modelo salutogénico*”, ressalta a promoção da saúde da mulher com uma visão da normalização da gravidez por parte das EEESMO. A terceira, **Sugestão de melhorias**, desdobra-se em quatro subcategorias: “*Mais e melhores equipamentos*”, ressalta a necessidade de melhoria das infraestruturas e nos recursos disponíveis; “*Mais consultas*”, reflete a perceção de necessidade de maior frequência no acompanhamento; “*Mais informação sobre amamentação*”, identifica a lacuna relatada pelas grávidas para uma experiência plena da gravidez e pós-parto; “*Mais profissionais*”, indica a perceção da necessidade de mais profissionais com as características valorizadas e descritas na categoria Personalidade do EEESMO.

Cuidados liderados por EEESMO

A área temática ***Cuidados liderados por EEESMO***, com 26 unidades de registo, reflete sobre a perceção da satisfação com os cuidados liderados pelo EEESMO em relação a outros modelos de cuidados. Dentro desta área temática identificam-se duas categorias. A primeira, **Interação entre Mulher e EEESMO**, que se divide em duas subcategorias: “*Proximidade e disponibilidade*”, reflete a valorização do EEESMO no que toca à disponibilidade e proximidade percecionada pelas mulheres; “*Reconhecimento das competências das Enfermeiras Especialistas*”, ressalta o reconhecimento do nível de conhecimento e competências das EEESMO. A segunda, **Valorização da continuidade de cuidados**, que se desdobra em duas subcategorias: “*Valorização da integração e*

coordenação entre serviços”, ressalta a importância da necessidade de os serviços estarem interligados e as diferentes equipas colaborarem eficazmente; “*Continuidade do acompanhamento*”, ressalta a importância da continuidade de cuidados ao longo da gravidez, parto e pós-parto.

4.4 Discussão dos resultados

A análise de conteúdo realizada permitiu identificar três áreas temáticas de forma a compreender a experiência das mulheres com o modelo de cuidados liderado pelo EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal. Estas áreas temáticas caracterizam-se por: Dimensão do cuidado, Dimensão da prática e Cuidados liderados por EEESMO. Estes temas refletem os principais preditores da satisfação com os cuidados prestados pelo EEESMO ao longo da vigilância da gravidez relatados pelas mulheres entrevistadas.

Relativamente à valorização do EEESMO, as entrevistadas relatam uma satisfação com os cuidados prestados pelas EEESMO de tal forma que recomendam os cuidados a outras mulheres:

“Até acho que deveria ser uma prática recorrente ...ou seja, o tratamento que eu tive não pode ser uma exceção, porque se encontra bons profissionais”. E8

Estes relatos corroboram muitos estudos de investigação que dizem que clientes satisfeitos têm mais probabilidades de recomendar os seus prestadores de cuidados (Otani *et al.*, 2010).

O sentimento de acolhimento relatado pelas entrevistadas reflete uma perceção positiva acerca da relação estabelecida com as EEESMO. As mulheres destacam sentimentos de acolhimento, carinho e pertencimento, referindo-se frequentemente à relação com as EEESMO como algo próximo de um laço familiar:

“eu fui muito acolhida por ela... e eu senti que, é forte o que eu vou falar, mas eu senti... como se ela fosse alguém da minha família, então eu me senti muito acolhida, eu e o meu marido”. (E4)

“me senti muito acolhida, muito amada, muito especial”. (E2)

O acolhimento surge, assim, como um fator crucial para a construção de um ambiente respeitoso tal como defendido por Kennedy (2000), além disso, esse sentimento

está intimamente ligado à humanização dos cuidados, na medida em que as mulheres se sentem tratadas com respeito, dignidade e consideração.

A escuta ativa também surge como um dos aspetos mais valorizados, com referências frequentes à atenção genuína das EEESMO às preocupações das mulheres. A escuta ativa contribui para um sentimento de parceria nos cuidados, aumentando a satisfação pela sensação de ser ouvida e respeitada (Forster *et al.*, 2016).

“(As preocupações) nunca eram desvalorizadas, nunca me senti desvalorizada”.
(E8)

“não senti de forma alguma que nestas consultas a minha voz não tivesse sido ouvida ou as minhas questões ou as coisas que trouxe para consulta não tivessem sido tidas em consideração”. E11

A relação de confiança e a capacidade das EEESMO de responderem às necessidades emocionais das mulheres influenciam significativamente a satisfação com o atendimento (Forster *et al.*, 2016). Já Kennedy (2000) no seu modelo de prática exemplar diz que o apoio emocional desempenha um papel crucial ao validar sentimentos expressados pelas mulheres.

A Comunicação como aspeto fundamental do acompanhamento pelo EEESMO evidencia a importância da abertura comunicacional, esclarecimento de dúvidas, bem como a disponibilização de material de suporte. Neste estudo as participantes declaram-se satisfeitas com a disponibilidade e abertura para o esclarecimento de dúvidas e com a disponibilização de material de suporte às consultas:

*“A enfermeira enviou muitos documentos, portanto, foi bom nesse sentido.
Muito suporte”.* E1

Segundo Kennedy, a comunicação eficaz entre a *midwife* e a mulher é essencial para promover um cuidado centrado na mulher, garantindo confiança, segurança e satisfação ao longo do continuum do pré-natal, parto e pós-parto. (Kennedy, 2000). Já Nicoloso-SantaBarbara *et al.* (2017) diz que uma comunicação eficaz é fundamental para aumentar a satisfação, pois ajudam a reduzir a ansiedade e promovem práticas de saúde positivas.

Outro ponto fortemente apreciado pelas mulheres foi a disponibilidade da EEESMO para responder às solicitações:

“sempre que eu tinha alguma dúvida, algum receio entrava em contato pelo e-mail ou pelo telefone. E ela respondia de forma rápida e sempre estava ali, disponível”.

E2

“sempre que eu precisava, ela sempre estava à disposição, tanto pelo WhatsApp quanto por e-mail. Ela sempre foi muito solícita”. E5

Outros estudos corroboram que as mulheres apreciam contactar facilmente a sua *midwife* e valorizam o facto de poderem escrever mensagens de texto à *midwife* para que ela responda o mais rapidamente possível (Janke *et al.*, 2024).

A dedicação, empatia e humildade são características da EEESMO apreciadas pelas mulheres entrevistadas. Estas qualidades emergem como fatores que influem a satisfação das mulheres com o modelo de cuidados, pois promovem um cuidado mais humano, personalizado e emocionalmente seguro:

“Eu senti muito isto, que muitas estavam ali por muito amor à camisola...e, acima de tudo o profissionalismo ali a dar o melhor que sabem aos seus pacientes”. E8

“tiveram sempre bastante empatia”. E9

“E uma coisa que eu notei e que admiro, apesar de serem especialistas, apesar de terem anos da experiência, a humildade”. E8

Estas características das EEESMO estão alinhadas com o Modelo de Kennedy (2000), onde demonstra que estas características são essenciais para uma prática exemplar, pois promovem um ambiente de cuidados respeitoso.

Outra característica deste modelo de cuidados apreciada pelas mulheres foi a ausência de pressa por parte da EEESMO durante a consulta:

“Nunca me senti que houvesse aquela pressão para ser uma consulta muito rápida...a enfermeira sempre demonstrou bastante tranquilidade e nunca tentou apressar nada”. E11

Esta percepção é amplamente reconhecida na literatura que identifica a calma durante as consultas como preditor da satisfação com os cuidados prestados pela *midwife* (Janke *et al.*, 2024; Forster *et al.*, 2016; Gregory *et al.*, 2020). Dar tempo à mulher é também reconhecido pelo modelo de prática exemplar como criador de um ambiente respeitoso onde a mulher está no centro dos cuidados (Kennedy, 2000).

Dentro da dimensão da prática de cuidados da EEESMO, uma característica relatada e apreciada pelas mulheres foi a tomada de decisão partilhada:

“Todo o tipo de informação que me foi passado foi a nível informativo para que eu pudesse tomar a decisão com maior nível de informação”. E11

“Sentia-me bem acompanhada, pelo menos a minha decisão estava em primeiro lugar”. E1

Estes relatos corroboram a teoria da prática exemplar de Kennedy (2000) e Vogels-Broeke *et al.* (2022) que afirmam que a autonomia e o respeito pelas decisões das grávidas são elementos centrais para a satisfação com os cuidados prestados por *midwives*.

Para esta autonomia de tomada de decisão, ao longo deste estudo a necessidade de informação sobre o processo da gravidez verificou-se ser um fator importante no modelo de cuidados liderado pelas EEESMO, sendo a prática baseada em evidência, igualmente essencial para a satisfação com os cuidados:

“Eu nunca senti que nada que me fosse dado, não fosse estritamente bem explicado, retirado as dúvidas e, acima de tudo, desse me tempo para eu pensar se realmente queria ou não”. E8

“nunca senti que fosse informação que fosse passada sem qualquer tipo de fundamento ou de estudo ou de falta de conhecimento...foi sempre baseada em informação fidedigna ou com base em estudos...”. E11

Estudos reconhecem que as mulheres estão mais satisfeitas quando se sentem informadas e com cuidados prestados com segurança e competência (Forster *et al.*, 2016). Outro aspeto apreciado pelas mulheres foram os cuidados individualizados bem como a normalização do processo da gravidez:

“...fui tratada com muito tato, com muito cuidado, muito tato e, acima de tudo, com muito foco no meu bem-estar e no bem-estar da bebé”. E8

“assim todo o tratamento dela... foi muito sincera e me fez entender que a gravidez não é uma doença... e que eu não precisava ser cuidada por um médico... ela me mostrou que a gravidez é uma coisa natural e que... tudo dependia muito de mim também... e o bebé, precisava de mim, não de um médico, ou de uma, de uma enfermeira sempre ali”. E4

Estas características constituem os pilares essenciais da prática exemplar das midwives, integrando-se harmoniosamente num modelo salutogénico de cuidados, que privilegia a promoção da saúde e do bem-estar ao longo da gravidez, assegurando uma experiência mais positiva para as mulheres (Kennedy, 2000).

Refletindo, as mulheres revelam um desejo claro de que a qualidade dos cuidados recebidos se torne uma norma e não uma exceção no sistema de saúde expressando satisfação com o atendimento prestado. Ao mesmo tempo, algumas mulheres gostariam de ter mais consultas:

“eu gostaria de ter consultas mais frequentes, principalmente no último período da gravidez”. E5

Este desejo de mais consultas vai de encontro às recomendações da WHO (2016) que relaciona o aumento do número de consultas a um aumento da satisfação materna e que recomenda pelo menos 8 consultas durante a gravidez.

A informação sobre a amamentação foi também um dos aspetos destacados nos resultados deste estudo, evidenciando a falta de informação sobre a amamentação como uma lacuna dos cuidados referido pelas mulheres:

“acabei por não ter a informação necessária (sobre a amamentação)”. E9

“Acho que não há nada para melhorar, mas sim para inovar. Workshops sobre amamentação...seriam uma mais-valia”. E8

Este testemunho evidencia a informação sobre amamentação como uma área valorizada pelas mulheres. Bäckström *et al.* (2010) refere que o suporte personalizado à amamentação fortalece a confiança e a satisfação.

Neste estudo, as mulheres ressaltaram a importância de poder conversar abertamente com os profissionais de saúde para receber um apoio adequado à amamentação.

As participantes destacaram também que a proximidade e a disponibilidade das EEESMO favoreceram uma comunicação mais transparente e o estabelecimento de uma relação de confiança, em contraste com o distanciamento e a falta de tempo observados nos modelos biomédicos.

“Como tinha consultas tanto com a enfermeira [entenda-se EEESMO] como com a médica, sentia que havia mais proximidade com a enfermeira e mais tempo também. Pelo menos mais disponibilidade”. E1

“Honestamente, eu não senti a necessidade de ter ali uma médica...eu acho que até fui melhor acompanhada pelas enfermeiras [entenda-se EEESMO]”. E8

Esta proximidade e a disponibilidade demonstradas pelas EEESMO alinham-se com os princípios da prática exemplar das *midwives* do modelo de Kennedy (2000), que valorizam a construção de relações de confiança. Kennedy defende que a atenção individualizada promove um sentimento de segurança e empoderamento nas mulheres, contrastando com a abordagem mais impessoal e fragmentada característica do modelo biomédico.

O reconhecimento das competências das EEESMO foi também relatado pelas mulheres, que mostram preferência pelo modelo de cuidados liderado pela EEESMO:

“Eu acho que era importante haver especialidade de forma também aqui libertar o dito SNS que eles estão sempre a falar... e perceberem que ao especializarem as enfermeiras, desde que haja alguém com o conhecimento eu não sentia necessidade ter um obstetra”. E8

“se tiver um segundo filho... já não tenho problema de procurar uma enfermeira especialista ... prefiro procurar uma enfermeira especialista a um médico obstetra”. E8

A colaboração dos EEESMO com outros profissionais de saúde, orientada para responder às necessidades das mulheres, promove uma relação de confiança e assegura um ambiente respeitoso entre o profissional e a grávida. Esta colaboração multiprofissional é uma competência essencial para a prática de *midwifery* (ICM, 2014).

Esta colaboração foi muito valorizada pelas mulheres, nas situações que excederam as competências profissionais das EEESMO:

“Sim, porque eu tive diabetes gestacional e foi até a enfermeira que fez logo o encaminhamento”. E1

“com o apoio da Nutricionista, que foi encaminhada pela EEESMO, ajudou me imenso”. E13

No entanto, as mulheres criticaram a comunicação entre instituições, com uma falta de transferência de informações entre os diferentes prestadores:

“o que me fez entender é que a comunicação entre o centro de saúde e o hospital não é a melhor”. E9

Estes relatos corroboram a literatura existente que salienta que a cooperação interprofissional e o trabalho de equipa entre os profissionais de saúde são cruciais para melhorar a satisfação dos utentes e a qualidade dos serviços de saúde (Todorovic *et al.*, 2022).

Porém, a necessidade de continuidade de cuidados é um fator determinante perante a possibilidade de escolher o modelo de cuidados:

“o facto de eu escolher ser acompanhada por um médico obstetra num hospital privado é ...para conseguir ter o acompanhamento desde a gestação até ao pós-parto e pelo mesmo profissional, e isso não é possível pelo sistema nacional de saúde”. E12

De acordo com a literatura, a continuidade de cuidados tem impacto na satisfação com os cuidados prestados (Maillefer *et al.*, 2015). Kennedy (2000) sublinha que a continuidade dos cuidados contribui para um sentimento de tranquilidade e confiança com o profissional. Esta necessidade de continuidade de cuidados é relatada pelas mulheres:

“se eu tivesse a garantia que aquelas enfermeiras iriam realizar o parto do meu bebé, eu se calhar estaria muito mais tranquila”. E12

Em suma, os resultados deste estudo evidenciam que as mulheres valorizam o cuidado humanizado e centrado nas necessidades individuais, onde a vigilância atenta, humanização e personalização dos cuidados por parte das profissionais influencia a satisfação com os cuidados. A normalização do processo da gravidez bem como o empoderamento ajuda a mulher a sentir-se bem com a sua experiência e aumenta a sua autoestima.

A disponibilização de tempo, informação e a valorização dos sentimentos das mulheres por parte da profissional contribuíram para a criação de um ambiente respeitoso, promovendo relações de confiança nas quais as mulheres se sentem importantes e valorizadas.

A falta da continuidade de cuidados para além da gravidez e o número de consultas foram os aspetos mais negativamente destacados neste modelo de cuidados. De forma geral, o modelo de cuidados liderado pela EEESMO é apreciado, valorizado e recomendado pelas mulheres deste estudo.

4.5 Conclusão

Vários estudos indicam que as mulheres têm melhores resultados e estão mais satisfeitas com um modelo de cuidados liderados por *midwives* em comparação com outros modelos de cuidados (Sandall *et al.*, 2024; Forster *et al.*, 2016). No entanto, parece haver pouca compreensão do que é que as mulheres valorizam neste modelo de cuidados (Forster *et al.*, 2016). Esta falta de conhecimento sobre a opinião das mulheres, pode constituir uma barreira à implementação destes modelos por parte dos decisores políticos e demais órgãos.

Considerando que a satisfação dos utentes é frequentemente utilizada como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde e associada a resultados positivos em saúde (Babatola *et al.*, 2022), este estudo de investigação foi realizado com o intuito de colmatar uma lacuna de conhecimento, dando voz às mulheres e identificando preditores da sua satisfação com o modelo de cuidados liderados pelo EEESMO. Estes resultados constituem um contributo relevante para a produção de evidência científica e aprofundamento do conhecimento sobre esta temática, podendo ser utilizados por profissionais e decisores como base para a reflexão, revisão de práticas e formulação de políticas de saúde mais centradas nas necessidades e experiências das mulheres.

Três áreas temáticas fundamentais foram identificadas neste estudo qualitativo: **Dimensão do Cuidado, Dimensão da prática e Cuidados liderados por EEESMO**. Os resultados evidenciaram os preditores de satisfação com o modelo de cuidados liderados pela EEESMO. A área temática **Dimensão do Cuidado** evidenciou as características dos cuidados do EEESMO mais apreciadas pelas mulheres. As participantes destacaram o EEESMO como um profissional que promove acolhimento, segurança e empoderamento, essenciais para que se sintam protagonistas das suas experiências e mais satisfeitas e confiantes ao longo do acompanhamento. A escuta ativa, a dedicação, a empatia e a disponibilidade foram identificadas como os principais valores do cuidado apreciados pelas mulheres.

A área temática **Dimensão da prática**, revelou a satisfação dos cuidados na vivência do processo da gravidez. A competência profissional das EEESMO, nomeadamente a tomada de decisão partilhada, aliada a uma prática baseada na evidência e à experiência profissional, contribuíram significativamente para a satisfação das mulheres com os cuidados recebidos, reforçando a perceção de um acompanhamento especializado e atento às suas necessidades individuais. Os cuidados

individualizados/personalizados e o apoio à normalidade da gravidez foram relatados como aspetos centrais para uma experiência positiva. As participantes descreveram que, uma abordagem humanizada, caracterizada pela atenção às suas necessidades e um cuidado centrado na mulher, contribuiu para que se sentissem valorizadas e compreendidas.

A área temática **Cuidados liderados por EEESMO** evidenciou as características que as mulheres mais apreciam neste modelo de cuidados. As participantes referiram que a proximidade e disponibilidade das EEESMO permitiram uma comunicação aberta e uma relação de confiança, contrastando com o distanciamento e a falta de tempo percebidos no modelo biomédico tradicional. O reconhecimento das competências das EEESMO manifestou-se, com as mulheres a salientarem o conhecimento específico, a capacidade de resposta adequada e a segurança transmitida pelas profissionais. As mulheres relataram ainda a importância do encaminhamento para equipas multiprofissionais e a articulação com instituições de saúde, fatores que promovem a continuidade dos cuidados e contribuem para uma experiência mais satisfatória e segura ao longo da gravidez.

Outro achado deste estudo revelou que as mulheres percecionam falta de informação sobre a amamentação durante o período pré-natal. No entanto, a literatura existente concentra-se maioritariamente no acompanhamento e disponibilização da informação no período pós-natal. Assim, futuras investigações sobre o impacto da disponibilização de informação sobre a amamentação durante a gravidez seriam pertinentes, tanto para colmatar esta lacuna de conhecimento, quanto para avaliar a influência dessa informação na satisfação materna com os cuidados recebidos.

Este estudo tem vários pontos fortes. Um deles é a novidade do estudo relativamente à exploração das experiências das mulheres com os cuidados prestados pelas EEESMO em Portugal, bem como a identificação dos preditores da satisfação com este modelo para o território nacional. Outro ponto forte do estudo é a abordagem qualitativa dando voz às mulheres para através das suas palavras obter informações aprofundadas das suas experiências.

Esta investigação foi conduzida por uma estudante de EEESMO, inserida no mesmo sistema nacional de saúde das participantes, partilhando um contexto cultural semelhante. Isto pode ter introduzido algum viés ao estudo, no entanto, exigiu uma atenção redobrada à neutralidade e uma postura reflexiva constante, reconhecendo o potencial impacto da própria experiência e valores no processo investigativo. A

investigação foi orientada por uma perspetiva centrada na mulher, sustentada teoricamente pelo modelo salutogénico de Antonovsky e pela Teoria da Prática Exemplar de Kennedy, o que refletiu a consciencialização da investigadora com a humanização dos cuidados e a valorização da autonomia da mulher durante a gravidez.

As limitações deste estudo prendem-se com a inexperiência da investigadora na condução de entrevistas, o que poderá ter influenciado a formulação de perguntas, a gestão do tempo ou a fluidez da interação, condicionando a profundidade das respostas e a exploração mais abrangente de alguns temas relevantes. Consciente desse desafio, a investigadora de forma a mitigar potenciais enviesamentos, recorreu à utilização de um guião semiestruturado e à triangulação da análise com outros investigadores, estratégia que reforça a credibilidade, a objetividade e o rigor científico do estudo. Este processo contribuiu ainda para o amadurecimento pessoal e profissional da investigadora, evidenciando a importância da reflexividade, da escuta ativa e da análise crítica na produção de conhecimento em saúde.

Importa reconhecer que, sendo a amostragem de conveniência, poderá ter existido algum grau de enviesamento na composição da amostra, nomeadamente no que diz respeito aos níveis de satisfação reportados. É possível que as EEESMO tenham, ainda que de forma não intencional, incentivado a participação de mulheres que demonstravam maior satisfação com os cuidados recebidos, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos. Acresce referir que, dada a escassez de equipas em Portugal que prestam cuidados liderados por EEESMO, todas as participantes deste estudo pertencem a apenas duas unidades de saúde onde este modelo é efetivamente implementado, o que poderá limitar a generalização dos resultados a outras realidades assistenciais.

Pesquisas futuras são essenciais para explorar de forma mais abrangente as experiências de mulheres com diferentes perfis sociodemográficos e em variados contextos de cuidado, bem como para investigar o impacto dos cuidados prestados pelas EEESMO na saúde materna e neonatal a longo prazo. Além disso, seria relevante analisar como a articulação entre os diferentes níveis de cuidado pode influenciar a satisfação e os desfechos clínicos das mulheres.

5. CONCLUSÃO GERAL

Findo este percurso formativo é importante salientar que a condução deste estudo e elaboração do RENP, possibilitou uma análise crítica das aprendizagens realizadas e das competências desenvolvidas nas dimensões técnicas, relacional e de julgamento crítico. Este percurso não apenas contribuiu para o aprofundamento dos conhecimentos previamente adquiridos, o desenvolvimento de competências e a aplicação de novos saberes na resolução de problemas em contextos multidisciplinares, mas também favoreceu uma reflexão crítica acerca da tomada de decisão e da prestação de cuidados.

A experiência no BP aliada à experiência nos CSP, permitiram aprofundar competências especializadas na prestação de cuidados integrados à mulher, ao recém-nascido e à família, abrangendo todas as fases da gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério. A abordagem adotada teve como principais objetivos promover a saúde e o bem-estar materno-fetal, facilitar a adaptação do RN à vida extrauterina e proporcionar apoio eficaz na transição para a parentalidade. Este percurso formativo permitiu, não só a consolidação das competências técnicas e científicas necessárias, mas também o fortalecimento das habilidades relacionais e da tomada de decisão, essenciais para a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Dessa forma, foi possível alinhar a prática clínica com os princípios da humanização dos cuidados e da continuidade assistencial, contribuindo significativamente para a qualificação profissional nesta área específica.

Durante o ENP, a prestação de cuidados foi alicerçada numa prática fundamentada na melhor evidência científica disponível, associada a uma abordagem crítica e reflexiva. Esta metodologia permitiu não apenas promover a segurança da mulher, do recém-nascido. O pensamento crítico desempenhou um papel crucial ao permitir a análise sistemática das práticas adotadas, identificando oportunidades de melhoria e reforçando a qualidade dos cuidados prestados. Através desta perspetiva, foi possível manter um compromisso contínuo com a excelência dos cuidados, integrando a segurança e a mulher como um elemento central dos cuidados.

Ultimando este RENP, considera-se que a experiência proporcionada pelo ENP permitiu o desenvolvimento e a consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Por sua vez o estudo de investigação realizado, permitiu desenvolver competências científicas avançadas, fundamentais para a prática autónoma e

especializada, de forma a explorar, analisar e responder a questões relevantes no seu campo de estudo. Assim, a componente investigativa deste percurso formativo foi essencial para desenvolver a atuação profissional de forma crítica, reflexiva e inovadora neste contexto ainda embrionário dos cuidados liderados pelas EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal. Pode concluir-se que a realização deste estudo de investigação permitiu o desenvolvimento e a consolidação das competências investigativas exigidas para o título de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alderson P. (1998). The importance of theories in health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 317(7164), 1007–1010. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7164.1007>
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>.
- Alves, Á. L. L., Nozaki, A. M., Polido, C. B. A., & Knobel, R. (2022). Management of shoulder dystocia. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 44(7), 723–736. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1755446>
- Amendoeira, J. (2022). *Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida*. Centro de Investigação em Qualidade de Vida
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016) Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstetrics and gynecology*, 128(4), e155–e164. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001711>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237-e260.
- Andolsek, K. M., & Kelton, G. M. (2000). Risk assessment. *Primary care*, 27(1), 71–103. [https://doi.org/10.1016/s0095-4543\(05\)70149-4](https://doi.org/10.1016/s0095-4543(05)70149-4)

- Antonovksy, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Aragão, J. R. B. F., Feitosa, F. E. de L., Alencar Júnior, C. A., Vasconcelos, R. P., Amorim, M. M. R. de. & Passini Júnior, R. (2011). Ultrassonografia do colo uterino versus índice de Bishop como preditor do parto vaginal. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 33(11), 361–366. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001100007>
- Ardern, J., Hayward, Brook., Vandal, A., C., Martin-Babin, M., Coomarasamy, C., McKinlay, C., J., D. (2023). Improving golden hour care coordination using defined roles to improve nurse confidence and care coordination of neonates following admission. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 37(3), 232–241. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000721
- Ashagrie, H. E., Fentie, D. Y., & Kassahun, H. G. (2020). A review article on epidural analgesia for labor pain management: A systematic review. *International Journal of Surgery Open*, 24, 100-104. doi:10.1016/j.ijso.2020.04.007
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., Chandrachan, E., & FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Babatola, O. H., Popoola, R. O., Olatubi, M. I., Adewoyin, F. R. (2022). Patients' Satisfaction with Health Care Services in Selected Secondary Health Care Facilities in Ondo State, Nigeria. *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*. 8(145). DOI: 10.23937/2469-5793/1510145
- Bäckström, C. A., Wahn, E. I., & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International breastfeeding journal*, 5, 20. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-20>

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Batinelli, L., Thael, E., Leister, N., McCourt, C., Manila, B. & Rocca-Ihenacho, L. (2022). What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(123). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04410-x>
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD007412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Begum, F., Sultana, N., Begum, Y. A., Akhter, H., & Sultana, M. R. (2023). Perinatal outcome according to gestational age - A study of 50 cases: *Annals of International Medical and Dental Research*, 9(2), 266-274. DOI: 10.53339/aimdr.2023.9.2.36
- Bell, C. H., Muggleton, S., & Davis, D. L. (2022). Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*, 111, 103388. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388>
- Bradford, B. F., Wilson, A. N., Portela, A., McConville, F., Fernandez Turienzo, C., & Homer, C. S. E. (2022). Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS global public health*, 2(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>
- Brodie, P. (2002). Addressing the barriers to midwifery-Australian midwives speaking out. *Australian journal of midwifery: professional journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, 15(3), 5–14. [https://doi.org/10.1016/s1031-170x\(02\)80003-4](https://doi.org/10.1016/s1031-170x(02)80003-4)
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em*

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023.
Ordem dos Enfermeiros

- Cardoso, M. R. G., Oliveira, G. S., & Ghelli, K. G. M. (2021). Análise de conteúdo: Uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, 20(43), 98-111.
- Çelik, M. (2022). Ocular prophylaxis in the newborn. *European Eye Research*.
<https://doi.org/10.14744/eer.2022.40085>.
- Chang, C. Y., Gau, M. L., Huang, C. J., & Cheng, H. M. (2022). Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PloS one*, 17(1), e0261493.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261493>
- Chen, R. H. (2011). Pedagogy of “Midwifery” for self-knowledge: Meeting Confucius and Socrates. In R. Kunzman (Ed.), *Philosophy of education 2011*, 203–211. Philosophy of Education Society
- Collin, J., Blais, R., White, D., Demers, A., & Desbiens, F. (2000). Integration of midwives into the Quebec health care system. L'Equipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes. *Canadian journal of public health - Revue canadienne de sante publique*, 91(1), 116–120. <https://doi.org/10.1007/BF03404262>
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on evidence-based nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Costa Júnior, J. F., Moraes, L. S., Souza, M. M. N., Lopes, L. C. L., Meneses, A. R., Pinto, A. R. A. P., Santos, L. S. R., & Zocolotto, A. (2023). A importância de um ambiente de aprendizagem positivo e eficaz para os alunos. *Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem*, 6, 324-341.
<https://reben.emnuvens.com.br/revista/article/view/116>

- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches* (3^a ed.). SAGE Publications.
- Crowther, C. A., Samuel, D., McCowan, L. M. E., Edlin, R., Tran, T., McKinlay, C. J., & GEMS Trial Group (2022). Lower versus Higher Glycemic Criteria for Diagnosis of Gestational Diabetes. *The New England journal of medicine*, 387(7), 587–598. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2204091>
- Cunha, C. M. D. S. L. M., Vieira, I. F. G. F., & Macedo, A. P. M. C. (2018). A construção de competências profissionais no contexto do estágio em enfermagem. *Campo Abierto*, 37(2). <https://repositorio.um.edu.br>
- Cunha, V., & Silva, P. (2022). Hipertensão Arterial na Mulher Grávida. *Revista Medicina Interna*, 29(3), 221–231. <https://doi.org/10.24950/rspmi.537>
- Decreto-Lei n.º 31/2021, de 24 de maio: *Aprova a qualificação profissional de parteira, transpondo a Diretiva (UE) 2018/958 e a Diretiva (UE) 2013/55*. Diário da República n.º 100/2021, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2021-165971147>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 07 de novembro. *Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de Unidades Locais de Saúde*. Diário da República [Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278), pp. 4 – 20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. *Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1.^a série, n.º 150, pp. 7-8. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Annals of Global Health*, 86(1), 1-4. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2794>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2024). Informação e monitorização: Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia – Partos. ERS. Porto. Portugal

- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *European journal of midwifery*, 4, 30. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandraharan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., Ramos, I., Hincapie, M. A., Loaiza, S., Nasner, D., & FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 157 Suppl 1(Suppl 1), 3–50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>
- Fair, F.J., Furness, A., Higginbottom, G., Oddie, S. J., & Soltani, H. (2024). Systematic review of Apgar scores & cyanosis in Black, Asian, and ethnic minority infants. *Pediatric Research*. <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03543-3>
- Farnham T. (2020). Reviewing pain management options for patients in active labor. *Nursing*, 50(6), 24–30. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000662352.97953.cd>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. do N. (2017). Trauma perineal prevention: An integrative literature review. *Enfermería Global*, 16(3), 564-574. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee (2012). Management of the second stage of labor. *International journal of gynaecology and obstetrics: The official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 119(2), 111–116. FIGO. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.08.002>
- Figueiredo, M.C., & Amendoeira, J. (2019). Promoção da saúde em enfermagem. Um ensaio: do modelo salutogénico ao modelo de sistemas. *Servir*, 60(1-2), 6-13. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24486>

- Fonseca, S. (2016). Métodos de indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*, (pp. 356-367). Lidel - Edições Técnicas, Lda
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência - Edições Técnicas E Científicas, Lda.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fries, C. J. (2020). Healing health care: From sick care towards salutogenic healing systems. *Soc Theory Health*, 18, 16-32. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00103-2>
- Gauthier, B. (2003). Da problemática à colheita de dados (3ª ed.). *Lusociência- Edições Técnicas e Científicas*.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). Editora Atlas.
- Gill, P., Lende, M. N., & Van Hook, J. W. (2023). Induction of Labor. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Gomes, M. L., Nicida, L. R. A., de Oliveira, D. C. C., Rodrigues, A., Torres, J. A., Coutinho, A. D. T. D., Cravo, B. D. S. S. S., Dantas, J. G., Oliveira, T. B., Brandão, P., & Domingues, R. M. S. M. (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(2), 14. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01540-5>

- Gonçalves, A. S., Ferreira, I. M., Pestana-Santos, M., McCourt, C., & Prata, A. P. (2022). Antenatal care policy in high-income countries with a universal health system: A scoping review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32(100717). <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100717>.
- Governo da República Portuguesa. (2023). *Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024*. PORTUGAL.GOV.PT <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal* (4ª ed). Lidel
- Gregory, P. A., Heaman, M. I., Mignone, J., & Moffatt, M. E. (2020). Predictors of Women's Satisfaction with Prenatal Care in a Canadian Setting. *Maternal and child health journal*, 24(2), 186–195. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02834-0>
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806–817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Hersh, A. R., Carroli, G., Hofmeyr, G. J., Garg, B., Gülmezoglu, M., Lumbiganon, P., De Mucio, B., Saleem, S., Festin, M. P. R., Mittal, S., Rubio-Romero, J. A., Chipato, T., Valencia, C., & Tolosa, J. E. (2024). Third stage of labor: evidence-based practice for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3S), S1046–S1060.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1298>
- Hong, K., Hwang, H., Han, H., Chae, J., Choi, J., Jeong, Y., Lee, J., & Lee, K. J. (2021). Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(3), 219–230. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.002>
- Hospital de Braga. (n.d). Sobre Nós. <https://www.hospitaldebraga.pt/hospital/sobre-nos>

- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>.
- Hutchison, J., Mahdy, H., & Hutchison, J. (2023). Stages of Labor. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <https://www.ine.pt>
- International Confederation of Midwife. (2014). Philosophy and model of midwifery care. *International Confederation of Midwives - Strengthening Midwifery Globally*. ICM. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- International Confederation of Midwife. (2023). *Midwifery: An autonomous profession*. ICM. <https://internationalmidwives.org/resources/midwifery-an-autonomous-profession/>
- International Confederation of Midwife. (2024). *International definition and scope of the practice of the Midwife*. ICM. <https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>
- Jackson, H., Melvin, C., & Downe, S. (2007). Midwives and the fetal nuchal cord: a survey of practices and perceptions. *Journal of midwifery & women's health*, 52(1), 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.10.005>
- Jamshed, S. (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of basic and clinical pharmacy*, 5(4), 87-88. <https://doi.org/10.4103/0976-0105.141942>
- Janke, T. M., Makarova, N., Schmittinger, J., Agricola, C. J., Ebinghaus, M., Blome, C., & Zyriax, B. C. (2024). Women's needs and expectations in midwifery care - Results from the qualitative MiCa (midwifery care) study. Part 1: Preconception

and pregnancy. *Heliyon*, 10(4), e25862.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25862>

Jefford, E., Fahy, K., & Sundin, D. (2009). Routine vaginal examination to check for a nuchal cord. *British Journal of Midwifery*, 17(4), 246–249.
doi:10.12968/bjom.2009.17.4.79985

Jullien, S. (2021). Vitamin K prophylaxis in newborns. *BMC pediatrics*, 21(Suppl 1), 350.
<https://doi.org/10.1186/s12887-021-02701-4>

Júnior, M., & Junior, R. (2016). Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 38, 301 - 307.
<https://doi.org/10.1055/s-0036-1584942>.

Kadirogullari, P., Yalcin Bahat, P., Sahin, B., Gonen, I., & Seckin, K. D. (2021). The Effect of Pethidine Analgesia on Labor Duration and Maternal-Fetal Outcomes: Pethidine and Labor Duration. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, 92(2), e2021065. <https://doi.org/10.23750/abm.v92i2.10905>

Kelly M. (2010). The role of theory in qualitative health research. *Family practice*, 27(3), 285–290. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp077>

Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *Journal of midwifery & women's health*, 45(1), 4–19.
[https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(99\)00018-5](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(99)00018-5)

Klein, B. E., & Gouveia, H. G. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enfermagem*, 27, e80300.
<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>

Lai, J., Syngelaki, A., Nicolaides, K. H., von Dadelszen, P., & Magee, L. A. (2021). Impact of new definitions of preeclampsia at term on identification of adverse maternal and perinatal outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 224(5), 518.e1–518.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.11.004>

- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 09(10), CD003934. Doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Leathersich, S. J., Vogel, J. P., Tran, T. S., & Hofmeyr, G. J. (2018). Acute tocolysis for uterine tachysystole or suspected fetal distress. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD009770. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009770.pub>
- Lee, L., Dy, J., & Azzam, H. (2016). Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*, 38(9), 843–865. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.04.093>
- Mahdy, H., Glowacki, C., & Eruo, F. U. (2023). Amniotomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Maillefer, F., de Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P., & Stoll, B. (2015). Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 56. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0477-4>
- Martínez-Galiano, J. M., Arredondo-López, B., Molina-Garcia, L., Cámara-Jurado, A. M., Cocera-Ruiz, E., & Rodríguez-Delgado, M. (2019). Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 499. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2655-2>
- Martins, M. F. S. V. (2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 1008 – 1012. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621>
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D. E., Negreiros, F. S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. de O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta*

Paulista De Enfermagem, 32(3), 350–357. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>

Mayer, C., & Apodaca-Ramos, I. (2023). Tocolysis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(7), CD004074. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>

Meek, J., & Noble, L. (2022). Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 150 (1), <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>.

Mercer, J., Skovgaard, R., Pearearaeaves, J., & Bowman, T. (2005). *Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. Journal of midwifery & women's health*, 50(5), 373–379. Doi: 10.1016/j.jmwh.2005.04.023

Middleton, P., Shepherd, E., Morris, J., Crowther, C. A., & Gomersall, J. C. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD004945. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub5>

Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes.

Ministério da Saúde. (n.d.). *Partos e cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares*. Transparência SNS. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine=tempo=2023%2F12>

Mol, B. W. J., Roberts, C. T., Thangaratinam, S., Magee, L. A., de Groot, C. J. M., & Hofmeyr, G. J. (2016). Pre-eclampsia. *Lancet (London, England)*, 387(10022), 999–1011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00070-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00070-7)

Moncrieff, G., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods

for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD010088.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Muggleton, S., & Davis, D. (2022). Applying Salutogenesis in midwifery practice. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed), 459–464. Springer. DOI:10.1007/978-3-030-79515-3_42

Mwakawanga, D.L., Mselle, L.T., Chikwala, V. Z. & Sirilli, N. (2022). Use of non-pharmacological methods in managing labour pain: experiences of nurse-midwives in two selected district hospitals in eastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22, 376. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04707-x>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period (NG3)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Fetal monitoring in labour (NG229)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229/resources/fetal-monitoring-in-labour-pdf-66143844065221>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Intrapartum care: NICE guideline [NG235]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

Neczypor, J. L., & Holley, S. L. (2017). Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for women's health*, 21(6), 462–472. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>

Nicoloro-SantaBarbara, J., Rosenthal, L., Auerbach, M. V., Kocis, C., Busso, C., & Lobel, M. (2017). Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy. *Social science & medicine* (1982), 190, 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.011>

- Nove, A., ten Hoop-Bender, P., Boyce, M., Bar-Zeev, S., de Bernis, L., Lal, Geeta., Matthews, Z., Mekuria, M. & Homer, C. S. E. (2021). The State of the World's Midwifery 2021 report: findings to drive global policy and practice. *Human Resources for Health*, 19(146). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00694-w>
- Ohuma, E. O., Moller, A. B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A., Okwaraji, Y. B., Mahanani, W. R., Johansson, E. W., Lavin, T., Fernandez, D. E., Domínguez, G. G., de Costa, A., Cresswell, J. A., Krasevec, J., Lawn, J. E., Blencowe, H., Requejo, J., & Moran, A. C. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet* (London, England), 402(10409), 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. OE
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer n.º 03/2010-Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer3_MCEE_SMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Parecer n.º 23/2013 sobre funções do EESMO em cuidados de saúde primários*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_23_2013_Funcoes_do_EESMO_CSP.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer n.º 22/2023: Assistência pré-natal das grávidas de baixo risco*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. OE.
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., & Dunagan, W. C. (2010). How patient reactions to hospital care attributes affect the evaluation of overall quality of care, willingness to recommend, and willingness to return. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 55(1), 25–38.
- Paquet, C., & Yudin, M. H. (2018). No. 285-Toxoplasmosis in Pregnancy: Prevention, Screening, and Treatment. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 40(8), e687–e693.
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.036>
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2005). *Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. Jornal Oficial da União Europeia, L255/22, 22–142. <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj>
- Paz, S. D. C., Goncalves, A. S., Freitas, C. M., Sampaio, F., & Prata, A. P. (2024). Midwifery Theories: A Scoping Review. *Midwifery*, 104219.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104219>
- Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro: Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República n.º. 201/2007, Série I de 2007-10-18.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

- Portugal. (1976). *Constituição da República Portuguesa* (1ª revisão constitucional de 1982, com alterações posteriores). Artigo 1.º. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e cursos de recuperação pós-parto – CRPP: Equidade na transição para a maternidade e a paternidade: Orientações*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2023a). *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério (Norma 001/2023)*. Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2023b). *Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023- Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Rana, S., Lemoine, E., Granger, J. P., & Karumanchi, S. A. (2019). Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circulation research*, 124(7), 1094–1112. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>
- Sanchez-Ramos, L., Levine, L. D., Sciscione, A. C., Mozurkewich, E. L., Ramsey, P. S., Adair, C. D., Kaunitz, A. M., & McKinney, J. A. (2024). Methods for the induction of labor: efficacy and safety. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3S), S669–S695. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.009>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane*

- Sandall, J., Turienzo, C. F., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L.V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD004667). DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.
- Sangy, M. T., Duaso, M., Feeley, C., & Walker, S. (2023). Barriers and facilitators to the implementation of midwife-led care for childbearing women in low- and middle-income countries: A mixed-methods systematic review. *Midwifery*, 122, 103696. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103696>
- Santos, M., J., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A. P., & Lopes, S. (2020). Assistência no puerpério imediato. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. F., *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e Obstétrica* (pp. 187–191). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Santos, N., Veiga, P., & Andrade, R. (2011). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64(2), 355–358. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>
- Sequeira, A., Henriques, C. M. G., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C. & Sobral, M. F. (2020c). Avaliação da involução uterina. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. F., *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e Obstétrica* (pp. 36–39). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, A., Prata, A. P., Correia, T. I., Henriques, C. M. G. & Monteiro, M. J. (2020a). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. F., *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e Obstétrica* (pp. 162–169). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, A., Santos, M. J., Freitas, C., Prata, A. P. & Lopes, S. (2020b). Avaliação da involução uterina. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. F., *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e Obstétrica* (pp. 195–199). Lidel-Edições Técnicas, Lda.

- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, série III* (3), 15–23. Recuperado em 21 de novembro de 2024, de http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=es&tlng=pt.
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Proposta de Rede de Referência Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia*. Recuperado em 21 de novembro de 2024, de <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>.
- Shanahan, M. M., Martingano, D. J. & Gray, C. J. (2023). External Cephalic Version. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Siccardi, M. A., Imonugo, O., Arbor, T. C., & Valle, C. (2023). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Inlet. In *StatPearls*. StatPearls Publishing
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1): 24-38. SPD.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Consensos - Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável. 1/2023, pp. 1-15. SPN. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). Normas de Orientação: Episiotomia. SPOMMF.
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2021). Normas de orientação SPOMMF: Versão cefálica externa. SPOMMF.
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V.H. Downe, S. & Oladapo, O. T. (2019). Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health* 16, 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>

- Todorovic, M. Sofranac, S. Vlaisavljevic, Z. Raičević, S. Popović, A. Pelicic, D. Miljanovic, G. (2022) Patient Satisfaction with Interpersonal Cooperation and Health Services at the Level of Primary and Secondary Health Care. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 7(3):268-279. DOI:10.33457/ijhsrp.1094928
- Tsikouras, P., Kotanidou, S., Nikolettos, K., Kritsotaki, N., Bothou, A., Andreou, S., Nalmpanti, T., Chalkia, K., Spanakis, V., Peitsidis, P., Iatrakis, G., & Nikolettos, N. (2024). Shoulder Dystocia: A Comprehensive Literature Review on Diagnosis, Prevention, Complications, Prognosis, and Management. *Journal of personalized medicine*, 14(6), 586. <https://doi.org/10.3390/jpm14060586>
- Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(8), 1045-1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
- Ubom, A. E., Vatish, M., Barnea, E. R., & FIGO Childbirth and Postpartum Hemorrhage Committee (2023). FIGO good practice recommendations for preterm labor and preterm prelabor rupture of membranes: Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 163 Suppl 2, 40–50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15113>
- United Nations Population Fund. (2021). *State of the World's Midwifery 2021*. UNFPA. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302.pdf>
- Van der Pijl, M., Verhoeven, C., Hollander, M., de Jonge, A., & Kingma, E. (2023). The ethics of consent during labour and birth: episiotomies. *Journal of medical ethics*, 49(9), 611–617. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108601>
- Vermeulen, J., Luyben, A., O'Connell, R., Gillen, P., Escuriet, R., & Fleming, V. (2019). Failure or progress? The current state of the professionalisation of midwifery in

Europe. *European journal of midwifery*, 3(22), 1-9.
<https://doi.org/10.18332/ejm/115038>

Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2016). Aaron Antonovsky's development of salutogenesis, 1979 to 1994. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*, (25–40). Springer. DOI 10.1007/978-3-319-04600-6

Vogels-Broeke, M., Cellissen, E., Daemers, D., Budé, L., De Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2022). Women's decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth*.
<https://doi.org/10.1111/birt.12674>.

Watkins, V., Nagle, C., Yates, K., Brown, L., Byrne, M., & Waters, A. (2023). The role and scope of contemporary midwifery practice in Australia: A scoping review of the literature. *Women and Birth*, 36(4), 334-340.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.001>

Watterberg, K. L., Aucott, S., Benitz, W. E., Cummings, J. J., Eichenwald, E. C., Goldsmith, J., Poindexter, B. B., Puopolo, K., Stewart, D. L., Wang, K. S., Ecker, J. L., Wax, J. R., Borders, A. E. B., El-Sayed, Y. Y., Heine, R. P., Jamieson, D. J., Mascola, M. A., Minkoff, H. L., Stuebe, A. M., Summers, J. E., Tuuli, G. & Wharton, K. R. (2015). The apgar score. *Pediatrics*, 136(4), 819-822.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-2651>

Wennerholm, U. B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Wendel, S. B., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A. K., Elden, H., Stephansson, O., & Hagberg, H. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 367, l6131.
<https://doi.org/10.1136/bmj.l6131>

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A., & McDonald, S. (2018). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*. Doi: 10.1016/j.wombi.2018.03.004

- Whitford, H. M., Entwistle, V. A., van Teijlingen, E., Aitchison, P. E., Davidson, T., Humphrey, T., & Tucker, J. S. (2014). Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(3), 283–289. <https://doi.org/10.1111/birt.12109>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta paediatrica*, 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Wilson, A., Hodgetts-Morton, V. A., Marson, E. J., Markland, A. D., Larkai, E., Papadopoulou, A., Coomarasamy, A., Tobias, A., Chou, D., Oladapo, O. T., Price, M. J., Morris, K., & Gallos, I. D. (2022). Tocolytics for delaying preterm birth: a network meta-analysis (0924). *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD014978. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014978.pub2>
- World Health Organization & United Nations Children’s Fund. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
- World Health Organization. (2014). *Guideline: Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes*. World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310511/>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2017). Guidelines Approved by The WHO Guidelines Review Committee; WHO Recommendations on Newborn Health. World Health Organization.

World Health Organization. (2018a). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;sequence=1>

World Health Organization. (2018b). *Recommendations: Induction of labour at or beyond term*. World Health Organization.

World Health Organization. (2024a). Transitioning to midwifery models of care: global position paper. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/379236>.

World Health Organization. (2024b). *Breastfeeding*. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2

ANEXOS

ANEXO I – Aprovação comissão de Ética do IPVC

Parecer CECSVS2024/06/ii

Solicitação
Pedido de Parecer à Comissão de Ética submetido por Liliana Monteiro do Instituto Politécnico de Viana do Castelo no âmbito do projeto “Experiências das mulheres com o modelo de cuidados liderados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica em Portugal” com a participação de Andreia Soares Gonçalves na qualidade de responsável/orientadora.
Documental
1. Formulário de submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética; 2. Consentimento informado.
Análise e Parecer
1. Data prevista de início: 12/07/2024 e término de 31/10/2024. 2. Tipo de estudo: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa 3. População e amostra: previstas 10 a 12 participantes. 4. Recrutamento: é detalhado o plano de recrutamento da população e os procedimentos associados a tal recrutamento. 5. Locais onde decorre a investigação: é detalhado o local da entrevista, decorrendo em ambiente digital. 6. Instrumentos de colheita de dados: foi entregue ao relator o guião das proponentes. 7. Garantia da confidencialidade e armazenamento de dados: é descrito o processo/procedimento de anonimato e codificação. Informa, ainda, o responsável pelo armazenamento e manutenção dos dados armazenados, e o tempo e em que circunstância estarão armazenados os dados. 8. Garantia de voluntariedade: detalhado consentimento informado a garantia de voluntariedade e de possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento sem penalização. 9. Garantia de autonomia: no projeto e no consentimento informado existe a menção da possibilidade de abandono voluntário do estudo. 10. Previsão de danos: Não são descritos no projeto. 11. Previsão de benefícios: São descritos no projeto. 12. Consentimento informado: Cumpre com os requisitos.
Síntese/conclusão
A documentação submetida descreve as opções metodológicas que cumprem os requisitos éticos da investigação com seres humanos. São apresentadas garantias de respeito pela dignidade e integridade dos participantes, bem como de privacidade e proteção de dados pessoais. A Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde emite parecer favorável para a realização da investigação nos termos do projeto submetido a esta comissão, a partir da data deste parecer. Relator: FMC

14/06/2024



Filipe Manuel Clemente, Presidente da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Portugal)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO

Caro/a participante,

Antes de decidir se vai colaborar neste trabalho de investigação deve ler atentamente toda a informação contida neste documento, nomeadamente os detalhes do estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que será expectável acontecer. Se decidir participar no mesmo deverá sentir-se à vontade para colocar todas as questões que considere pertinentes.

O meu nome é Liliana Monteiro, sou enfermeira numa Unidade de Saúde Familiar e estou a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, Portugal. Neste âmbito pretendo efetuar uma investigação subordinada ao tema “Experiência das mulheres com o modelo de cuidados liderado pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal”, sob orientação da Professora Andreia Soares Gonçalves, Professora Adjunta na Escola Superior da Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Este trabalho enquadra-se no âmbito do Relatório de Natureza Profissional do Curso de Mestrado da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e pretende ser um instrumento para o avanço no desenvolvimento da pesquisa nesta área, contribuindo para o entendimento da importância da atuação do EEESMO na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal. Este trabalho visa, ainda, contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde para Portugal baseadas em evidência científica.

A sua participação é fundamental, no entanto, opcional e voluntária. A decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo, pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento. A sua decisão em cooperar ou não nesta investigação, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição onde recebe cuidados.

A colheita de dados será efetuada por entrevista, conduzida pela investigadora principal (Liliana Monteiro, 934178828; e-mail: lmonteiro@ipvc.pt), e terá uma duração aproximada de 30 minutos. Para facilitar a recolha e a análise da informação, solicita-se autorização para proceder à gravação da mesma.

Os registos são confidenciais e consistirão na gravação, transcrição, registos de notas alargadas e detalhadas, para o caso de a gravação falhar. A identificação dos participantes será efetuada através da aposição de um código aos participantes do estudo. Toda a informação em suporte informático será protegida por palavra-chave dupla (acesso a

cada documento individual e acesso ao computador), acedido apenas pelos investigadores, ficando à guarda do investigador principal. A investigadora principal é responsável pelo armazenamento e manutenção dos dados e garante que todos o material recolhido será eliminado ao fim de 12 meses (ao abrigo do Regulamento de Proteção de Dados, da EU (2016/679) do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 em vigor desde 25 de maio de 2018 em Portugal), mas se a participante preferir, a informação poderá ser imediatamente destruída.

Em nenhum momento serão recolhidos dados pessoais que permitam a identificação do inquirido através do nome, morada ou localização.

Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. Os resultados serão integrados num relatório e apresentados no âmbito académico e científico.

No decorrer da investigação a investigadora principal poderá contactá-lo/a novamente para confirmar e/ou obter novas informações.

A sua participação é importante para a realização do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Liliana Monteiro

Este estudo não tem qualquer tipo de contrapartida ou pagamento.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo



de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: /..... /.....

Assinatura:..... /..... /..... Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: GRAU DE PARENTESCO
OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA /..... /.....

APÊNDICE II – Guião de Entrevista



Experiência das mulheres com o modelo de cuidados liderado pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal

Guião de Entrevista

1. INTRODUÇÃO

Este estudo de investigação tem como objetivos específicos explorar a relação entre a experiência e a satisfação das mulheres bem como os preditores da satisfação das mulheres com os cuidados liderados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na vigilância da gravidez de baixo risco. Em Portugal, a vigilância da mulher que experiencia uma gravidez de baixo risco deve ser, idealmente, assegurada nos cuidados de saúde primários (Portugal, 2015). A legislação portuguesa reconhece aos EEESMO a competência para realizar a vigilância pré-natal destas mulheres. Contudo, no serviço Nacional de Saúde (SNS), esses cuidados são predominantemente prestados pelo médico de família e pelo enfermeiro de cuidados gerais (enfermeiro de família).

A maioria dos países desenvolvidos com sistemas de saúde comparáveis ao português adota modelos de vigilância da gravidez liderados por *midwives*. Esses modelos, conhecidos como *midwife-led care*, são aqueles em que a *midwife* (em Portugal, equivalente ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), em parceria com a mulher, assume a responsabilidade pela avaliação das suas necessidades, pelo planeamento e prestação dos cuidados, assim como pela solicitação de colaboração de outros profissionais, quando necessário. A evidência científica demonstra que estes modelos estão associados a benefícios significativos para mães e recém-nascidos, incluindo a redução da taxa de cesarianas, menor incidência de episiotomias e partos instrumentados, aumento da taxa de partos vaginais espontâneos, maior prevalência da amamentação e maior satisfação com os cuidados recebidos (Sandall et al., 2024).

Perante esta realidade portuguesa, na qual a legislação confere autonomia ao exercício do EEESMO, mas poucas são as mulheres que têm acesso a cuidados liderados por estes profissionais no SNS, é pertinente dar voz às mulheres que beneficiam desses cuidados e compreender como relatam a sua experiência.

Pretendo com esta entrevista conhecer a sua experiência sobre os cuidados liderados pelo EEESMO na vigilância da sua gravidez.

2. Caracterização sociodemográfica dos participantes

a) Idade: _____ anos

b) Estado civil:

- ☐ Solteira
- ☐ Casada
- ☐ União de facto
- ☐ Divorciada
- ☐ Viúva

c) Formação académica / profissional:

- ☐ 1º ciclo ensino básico

- ☐ 2º ciclo
☐ 3º ciclo
☐ 12º ano
☐ Licenciatura ou equivalente legal
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

d) Profissão: _____

e) Informação sobre a gravidez atual:

Gesta: ____

Para: ____

Idade gestacional: ____

Qual ou quais os profissionais de saúde estão a vigiar a gravidez atual?

- ☐ Médico de Família
☐ EEESMO
☐ Obstetra (privado ou público)

Com que frequência tem consultas de vigilância da gravidez com a EEESMO? _____

f) Informação sobre gravidezes anteriores

Qual ou quais os profissionais de saúde que vigiaram a gravidez anterior (se aplicável)?

- ☐ Médico de Família
☐ EEESMO
☐ Obstetra (privado ou público)

3. ENTREVISTA

Entrevista	Comentários/Questões
Tópico: foco na pessoa	Relativamente aos cuidados que lhe eram oferecidos, foram-lhe dadas diferentes opções para cada situação/cuidado oferecido? Foi informada e esclarecida sobre a ou as propostas de cuidados? Teve oportunidade para tomar as suas decisões relativamente às opções propostas? Como se sentiu quando tomou a decisão? As suas decisões foram respeitadas? Sempre/Quase sempre/Raramente/Nunca

	personalizada, disponibilidade, suporte emocional, competência técnica ou teórica, etc. Qual a sua opinião acerca da coordenação dos cuidados de saúde prestados ao longo da gravidez (e pós-parto) entre os diferentes profissionais e instituições?
Tópico: foco na Saúde	Qual a sua opinião sobre os cuidados que recebeu/recebe nas consultas de vigilância da gravidez? Qual a sua opinião sobre a informação que recebeu relativamente aos diversos tópicos que lhe permitiu estar preparada para experienciar a gravidez de forma saudável? Exemplo: alterações fisiológicas durante a gravidez e o que esperar, nutrição, suplementos, exercício físico, segurança alimentar, sexualidade, tabaco, álcool e drogas; convite para curso de preparação para o parto e parentalidade, etc.
Tópico: foco em midwifery	Foi sua opção a vigilância da sua gravidez por uma EEESMO? Se sim, quais os motivos que a levaram a procurar um profissional EEESMO para a vigilância da sua gravidez? Como teve conhecimento da possibilidade de a vigilância da gravidez ser realizada por este profissional? Sentiu que o profissional estabeleceu uma relação de confiança consigo? Sim/Não. Se não, por favor, explique
Tópico: Impacto e Recomendações	Recomendaria os cuidados liderados por EEESMO para outras grávidas? Sim/Não. Se não, por favor, explique

	De que forma os cuidados da EEESMO impactaram a sua experiência global da gravidez e parto? Há algo que gostaria de mudar ou melhorar nos cuidados prestados pela EEESMO? Gostaria de adicionar algum comentário sobre a sua experiência com os cuidados liderados pela EEESMO?
Término Entrevista	Há algum aspeto relacionado com este tema que gostaria de mencionar e que ainda não foi abordado? Comentários finais e agradecimentos.



APÊNDICE III – Percepção das mulheres com o Modelo de Cuidados Liderados pelo EEESMO

Área Temática (n)	Categoria (n)	Subcategoria (n)	Unidade de registo (n)	Entrevistas
Dimensão do Cuidado (75)	Experiência da Mulher com a Prática de Cuidados prestados pelo EEESMO (26)	Valorização do EEESMO (3)	“eu queria era que todas as grávidas tivessem a experiência que eu tive, de ser atendida por uma pessoa assim igual a ela”. E2 “Até acho que deveria ser uma prática recorrente ...ou seja, o tratamento que eu tive não pode ser uma exceção porque se encontra bons profissionais”. E8 “Se eu pudesse, indicaria a todo o mundo”. E6	E2 E6 E8
		Experiência positiva (8)	“é satisfação total. O cuidado com a enfermeira [entenda-se EEESMO]eu achei assim nota dez. Eu achei muito bom. Eu tenho só elogios”. E7 “eu queria pegar uma equipe boa de parto, como eu peguei no acompanhamento da gestação”. E10 “estou satisfeita com aquilo que foi a prestação dos cuidados”. E11 “Em geral, sinto que é um bom apoio em termos físicos, para o meu corpo, e as mudanças. O <i>check-up</i> regular e também o apoio emocional”. E5 “Impactou de todas as formas, é ... porque me trouxe tranquilidade... desde o começo da gravidez é uma coisa que não me preocupou” E6 “as enfermeiras [entenda-se EEESMO]... tinham sempre muito cuidado de perguntar como é que estava, ouviam sempre o batimento, eu senti que o acompanhamento foi o melhor”. E8 “[O acompanhamento pela EEESMO] contribuiu para que tornassem a gravidez... um bocadinho mais suave, que tirasse algum peso de cima, ou seja teve um impacto positivo”. E9 "Só de saber que tem alguém que está ali para esclarecer um bocadinho as coisas, já é meio caminho andado". E13	E5 E6 E7 E8 E9 E10 E11 E13
		Sentimento de acolhimento (4)	“Eu, no caso, por ser imigrante, eu tinha muito medo, é, mas assim eu me senti muito bem graças a deus, muito acolhida, muito respeitada”. E2 “É assim eu me senti muito acolhida, muito amada, muito especial”. E2	E2 E4 E6

		“eu fui muito acolhida por ela... e eu senti que, é forte o que eu vou falar, mas eu senti... como se ela fosse alguém da minha família, então eu me senti muito acolhida, eu e o meu marido”. E4 ” Eu me senti muito acolhida”. E6	
	Vínculo com o EEESMO (2)	“Eu senti me realmente um ombro amigo, acompanhada verdadeiramente”. E8 “o tratamento excelente e respeito, eu tenho uma relação de amizade com as enfermeiras [entenda-se EEESMO]. O cuidado e o tratamento que eu tenho é incrível”. E8	E8
	Sentimento de segurança/ Empoderamento (9)	“Eu sentia me segura. E sabia que se tivesse alguma dúvida, também que conseguia contactar facilmente”. E1 “Então eu acho que foi muito bom porque eu sentia que ficava descansada”. E3 “eu sabia, então eu estava descansada porque eu sabia o que estava a acontecer, mas foi por causa da informação que recebi”. E3 “Ela sempre foi muito cautelosa e se preocupou com as minhas preocupações e me fez entender porque é que não precisava ser uma preocupação para mim, então eu tinha as preocupações, mas depois eles foram passando”. E4 “Ela me deixou sempre muito tranquila”. E4 “Pelos enfermeiras [entenda-se EEESMO] eu me senti com confiança, me senti bem”. E7 “... ela sempre trouxe a leveza para a gravidez que eu achei que não tinha, pra mim gravidez sempre foi algo muito sério e pesado, então ela trazia essa leveza todas as consultas”. E4 "... em todas as conversas me fez sentir mais segura e me sentir capaz, porque a gente não sabe que tem a capacidade de parir... e ela me fez sentir capaz sempre”. E4 “o facto de serem bastante atenciosas e de ouvirem as nossas preocupações, deixa me tranquila e num espaço seguro”. E12	E1 E3 E4 E7 E12
	Valores do cuidado do EEESMO (49)	“No final da consulta ela sempre dizia se eu tinha mais perguntas eu podia fazer, então eu tinha liberdade de fazer a perguntas”. E3 “sempre disposta a ouvir”. E5 “Ela sempre ouviu com atenção”. E6 “não senti de forma alguma que nestas consultas a minha voz não tivesse sido ouvida ou as minhas questões ou as coisas que trouxe para consulta não tivessem sido tidas em consideração”. E11 “A minha consulta era tanto saber como é que eu estava a nível psicológico e que dúvidas é que eu tinha”. E8	E3 E5 E6 E8 E9 E11 E10 E12 E13

		“[As preocupações] nunca eram desvalorizadas, nunca me senti desvalorizada”. E8 “[apreciei]... a questão de até te ouvir, de te deixar expor as tuas questões”. E10 “Sentia-me, pronto, satisfeita, sentia-me ouvida”. E9 “senti-me ouvida na realidade”. E12 “ela está sempre aberta a ouvir o que eu tenho a dizer é mesmo muito bom conversar com ela”. E13	
	Comunicação(9)	“eu podia tirar todas as dúvidas que eu tinha e ela sempre respondia”. E2 “Tudo que eu perguntava elas respondiam, eu não tenho o que reclamar nada delas”. E7 “Falamos mesmo de tudo, elas tiraram-me as dúvidas todas”. E8 “ela conversava muito comigo, eu sempre tirava dúvida”. E10 “se a gente tivesse dúvida, ela sempre se mostrou muito aberta para esclarecer”. E4 “Tive sempre a abertura para fazer qualquer e todo o tipo de questões”. E9 “A enfermeira [entenda-se EEESMO] enviou muitos documentos, portanto, foi bom nesse sentido. Muito suporte”. E1 “desde a primeira consulta a enfermeira [entenda-se EEESMO] F. mandou por email toda a informação, o que não podia comer durante a gravidez ... no curso pós-parto a enfermeira também deu muita informação”. E3 “chegaram a mandar alguns documentos via e-mail”. E9	E1 E2 E3 E4 E7 E8 E9 E10
	Dedicação (13)	“sempre fui atendida com muita atenção, com muita preocupação” E2 “ela sempre estava disponível, atenta, interessada”. E2 “100% disponível, sempre assim muito atenciosa, não tinha pressa de acabar em consulta”. E4 “Então às vezes mesmo sobrecarregadas elas sempre foram boas e tiveram uma atitude muito boa comigo e eu realmente aprecio isso”. E5 “Ela respondeu, sempre foi muito atenciosa”. E6 “são bastante atenciosas, acho que há um cuidado particular”. E12 “As enfermeiras [entenda-se EEESMO] me deram bastante atenção”. E7 “teve uma atenção bem legal, mesmo, para tudo”. E10 “a enfermeira [entenda-se EEESMO] é bastante atenciosa ela está constantemente a tentar perceber se eu estou bem com a gravidez, com o processo todo”. E13	E2 E4 E5 E6 E7 E8 E10 E12 E13

		“Eu senti muito isto, que muitas estavam ali por muito amor à camisola...e, acima de tudo o profissionalismo ali a dar o melhor que sabem aos seus pacientes”. E8 “[disponibilidade] total, as minhas consultas demoravam”. E8 “são consultas que eu sinto que não estou a ser pressionada para terminar ou fazer determinado procedimento”. E12 “a disponibilidade dela de prestar qualquer dúvida minha, a disposição em explicar bem”. E13	
	Paciência (1)	“a consulta nunca foi com pressa, sempre teve calma, paciência. Por mais que atrasasse na hora que a gente estava dentro da sala, o atendimento era totalmente dedicado”. E6	E6
	Calma (4)	“nunca senti que me estavam a apressar”. E9 “nunca senti pressão do tempo acima de tudo... sempre foi dado tempo e espaço”. E11 “não tinha um atendimento com pressa, então me atendia ... com aquela calma”. E10 “Nunca me senti que houvesse aquela pressão para ser uma consulta muito rápida...a enfermeira [entenda-se EEESMO] sempre demonstrou bastante tranquilidade e nunca tentou apressar nada”. E11	E 9 E10 E11
	Humildade (1)	"E uma coisa que eu notei e que admiro, apesar de serem especialistas, apesar de terem anos da experiência, a humildade". E8	E8
	Empatia (3)	“tiveram sempre bastante empatia”. E9 “Elas tiveram sempre tato. Nunca senti que estivesse a ser posto em causa qualquer emoção que eu estivesse a sentir. Não houve ali julgamentos da parte delas". E9 “a preocupação delas em nos ver bem, é ótimo”. E13	E9 E13
	Disponibilidade (8)	“E depois estava sempre disponível por email para eu contactá-la”. E1 “gostaria de ter tido [WhatsApp] desde o início porque às vezes são coisas simples e que eu poderia tirar a dúvida com ela, e eu não tinha, eu tinha que mandar e-mail”. E4 “sempre que eu precisava, ela sempre estava à disposição, tanto pelo <i>WhatsApp</i> quanto por e mail. Ela sempre foi muito solícita”. E5 “a cada consulta que eu vou, ter já a data da próxima é incrível”. E13 “sempre que eu tinha alguma dúvida, algum receio entrava em contato pelo e-mail ou pelo telefone. E ela respondia de forma rápida e sempre estava ali, disponível”. E2 “Então, qualquer questão que eu tinha, eu falava para ela e ela respondia, então eu fiquei muito, muito satisfeita”. E3 “sempre disponível, eu enviava o email, tão pronto ela conseguia ela respondia”. E3	E1 E2 E3 E4 E5 E13

			“Ela deu-me o email profissional ...e ela respondia muito rápido”. E5	
Dimensão da prática (49)	Competência profissional (33)	Tomada de decisão partilhada (27)	“Sim, sempre ela me explicava, me dava opções e eu sempre escolhia a que melhor se enquadrava no meu caso...sempre tomei as minhas decisões, junto com o meu marido.” E2 “Eu nunca senti que nada que me fosse dado, que não fosse estritamente bem explicado, retirado as dúvidas e, acima de tudo, desse me tempo para eu pensar se realmente queria ou não”. E8 “nunca foi impingido, digamos assim... pude tomar as minhas próprias decisões”. E9 “não me induziu a nada”. E10 “nada me foi imposto tudo me foi explicado e deixado ao meu discernimento”. E12 “eu tenho sempre a minha opinião”. E13 “Todo tipo de informação que me foi passado foi a nível informativo para que eu pudesse tomar a decisão com maior nível de informação”. E11 “Sentia-me bem acompanhada, pelo menos a minha decisão estava em primeiro lugar”. E1 “descansada porque todas as decisões que foram sendo tomadas ao longo do percurso da gravidez foram discutidas”. E9 “E eu sempre tive a liberdade de poder conversar com meu marido e entrar em uma escolha no qual seria melhor tanto para mim como para o meu bebé. Isso é muito bom, muito bom mesmo”. E2 “eu sabia o que eu queria e ela me dando essa possibilidade de eu escolher as decisões que eu queria tomar me deixou mais segura”. E4 “Eu me senti segura. Traz uma tranquilidade pra gente. Poder escolher... ter um apoio, uma clareza nas respostas do que vai ser feito”. E6 “Nunca senti julgada”. E8 “(sinto-me acima de tudo, informada, empoderada e não pressionada ... sinto que os meus direitos são ouvidos e que não estou a tomar decisões com base naquilo que me é forçado”. E11 “não houve qualquer tipo de julgamento”. E12 ”[os cuidados prestados pelas EEESMO] tem impacto na forma como como nós vemos o parto...ou seja, elas conseguem traduzir muito bem aquilo que se passa dentro ... do bloco de partos e uma pessoa quando vai para lá, já vai com consciência do que vai acontecer”. E9	E1 E2 E4 E6 E7E8 E9 E10 E11 E12 E13

			“se fosse outro tipo de profissional. eu não sei se a gravidez corria tão bem”. E8 “...sentia-me informada e consciente daquilo que estou a fazer, e acima de tudo, a participar no que está a acontecer no meu corpo”. E12 “[senti-me] sempre informada e bem informada”. E12 “acho que estão devidamente informadas sobre todo este processo de gestação parto e pós-parto... e ... atualizadas... e se calhar não tanto quanto outros profissionais, que são excelentes, mas que estão formatados com outros pensamentos”. E12 “é sempre bom ter alguém com especialidade naquilo que está a fazer”. E13 "Todos os procedimentos foram explicados o porquê, uma vez que já é a segunda gravidez, acabo por entender melhor o processo". E12 “Senti bem. Saía satisfeita com as informações”. E7 “ela sempre me instruía”. E10 “Sempre, sempre perguntavam sempre se tinha dúvidas, se eu tinha percebido, se estava tudo ok ...tentando sempre dizer com o vocabulário humano, não é? Não de especialista” E8 “achei que a informação transmitida era clara”. E8	
		Experiência profissional (2)	“Eu acho que elas são excelentes no que fazem, na minha experiência as duas foram muito boas... têm muita experiência”. E3 “ter alguém com experiência nesse aspeto [bloco de partos], tranquiliza aqui uma pessoa”. E9	E3 E9
		Prática baseada em evidência (4)	“Elas também falavam de outras abordagens possíveis ou de outras fontes, onde eu pudesse procurar”. E9 “[sentia confiança] ...até porque muitas vezes elas faziam referência a algum estudo ou algo”. E9 “qualquer decisão que eu tomei foi uma decisão baseada em informação científica, com rigor e confiança”. E8 “nunca senti que fosse informação que fosse passada sem qualquer tipo de fundamento ou de estudo ou de falta de conhecimento...foi sempre baseada em informação fidedigna ou com base em estudos...”. E11	E8 E9 E11
	Ambiente dos cuidados (8)	Cuidados individualizados/personalizados (5)	“Eu achei um atendimento humanizado, diferenciado”. E6 “fui tratada com respeito, com dignidade. Sim, foi bem humano”. E7 “[EEESMO] tinha um outro tato humano”. E8	E6 E7 E8

Cuidados liderados por EEESMO (26)			“...fui tratada com muito tato, com muito cuidado, muito tato e, acima de tudo, com muito foco no meu bem-estar e no bem-estar da bebé”. E8 “A questão é, não é só a especialização que conta, mas também a componente humana. Eu se tivesse uma profissional que não olhasse para mim, não sentisse o cuidado... eu se calhar não ia com a mesma disposição”. E8	
		Modelo salutogénico (3)	“assim todo o tratamento dela... foi muito sincera e me fez entender que a gravidez não é uma doença... e que eu não precisava ser cuidada por um médico... ela me mostrou que a gravidez é uma coisa natural e que... tudo dependia muito de mim também... e o bebé, precisava de mim, não de um médico, ou de uma, de uma enfermeira [entenda-se EEESMO] sempre ali”. E4 "Eu acho que o facto dela mostrar que a gravidez era algo natural, que a gravidez é... que a mãe...é quem vai fazer maior trabalho". E4 “acho que [os cuidados] são suficientes, ou seja, são aquilo que é o esperado e o necessário para garantir que a grávida está, de uma forma geral, bem de saúde”. E11	E4 E11
	Sugestão de melhorias (8)	Mais e melhores equipamentos (2)	“Os equipamentos podiam ser melhores”. E5 “eu acho que o que poderia melhorar era as ferramentas que poderiam ter com elas”. E8	E5 E8
		Mais consultas (3)	“Só acho que deviam ser mais”. E1 “então eu ia só ter consultas uma vez por mês, mas no início eu queria ter consultas mais vezes”. E4 “eu gostaria de ter consultas mais frequentes, principalmente no último período da gravidez”. E5	E1 E4 E5
		Mais informação sobre amamentação (2)	“Acho que não há nada para melhorar, mas sim para inovar. Workshops sobre amamentação...seriam uma mais-valia”. E8 “acabei por não ter a informação necessária [sobre a amamentação]”. E9	E8 E9
		Mais profissionais (1)	“Pôr mais profissionais como a A., atenciosa, carinhosa, humana”. E6	E6
	Interação entre Mulher e EEESMO (13)	Proximidade e disponibilidade (4)	“Como tinha consultas tanto com a enfermeira [entenda-se EEESMO] como com a médica, sentia que havia mais proximidade com a enfermeira e mais tempo também. Pelo menos mais disponibilidade”. E1 “no dia do meu parto eu fui muito mais bem tratada por enfermeiros [entenda-se EEESMO] do que por médicos”. E4 “acho que não fui tão respeitada [no modelo biomédico]”. E6	E1 E4 E6 E7

			"Eu estranhei porque da onde eu vim é diferente. Mas preferi confiar e deu certo...as enfermeiras são mais acessíveis do que os médicos" E7	
		Reconhecimento das competências das Enfermeiras Especialistas (9)	"a enfermeira [entenda-se EEESMO] A. tem um conhecimento muito mais do que um médico de família. Então eu me sentia muito mais acolhida, sendo atendida por ela do que por um médico de família" E6. "Eu acho que era importante haver especialidade de forma também aqui libertar o dito SNS que eles estão sempre a falar... e perceberem que ao especializarem as enfermeiras, desde que haja alguém com o conhecimento eu não sentia necessidade ter um obstetra". E8 "E se o estado percebesse e o próprio SNS percebesse que se valorizasse mais esta classe e a especialização, não precisava de tantos médicos, e não estavam tão reféns. Não tínhamos aquelas notícias tão tristes na televisão". E8 "se tiver um segundo filho... já não tenho problema de procurar uma enfermeira especialista ... prefiro procurar uma enfermeira especialista a um médico obstetra". E8 "O facto de serem enfermeiras especialistas deixam me logo mais à vontade para falar de determinados temas, não quer dizer que não o faça com médica de família..., mas acaba por ser diferente". E12 "Escrevi uma carta à DGS a agradecer este projeto... e se... o próprio SNS oferecesse a especialização aos enfermeiros era uma forma de garantirmos qualidade de serviço". E8 "Honestamente, eu não senti a necessidade de ter ali uma médica...eu acho que até fui melhor acompanhada pelas enfermeiras [entenda-se EEESMO]". E8 "...do que sei, acho que tem muito mais conhecimento e disponibilidade para nos seguir nesse sentido. Portanto sim, é uma mais-valia". E1 "Eu achei que ia ser muito raso, que ia ser só... achei até que eu teria que fazer o acompanhamento de um particular, mas com o passar dos meses eu fui vendo que não precisava porque a enfermeira [entenda-se EEESMO] A. tinha tudo, ela pôde me ajudar em todas as áreas da minha gravidez, ela tinha essa, essa... o entendimento a sabedoria o conhecimento que precisava de ter para me ajudar". E4	E1 E4 E6 E8 E12
	Valorização da continuidade de cuidados	Valorização da integração e coordenação entre serviços (11)	"Sim, porque eu tive diabetes estacional e foi até a enfermeira [entenda-se EEESMO] que fez logo o encaminhamento." E1 "Quando eu chegava para a consulta, já tinha tudo [encaminhamentos] praticamente feito ... então eu chegava lá, a gente tinha um norte do que ia fazer". E2	E1 E2 E5 E6 E7 E8 E9 E12

		“A enfermeira [entenda-se EEESMO] encaminhou-me para a consulta do hospital e para a visita da maternidade”. E5 “com o apoio da Nutricionista, que foi encaminhada pela EEESM O, ajudou me imenso”. E13 “devo dizer que fiquei positivamente surpreendida... nunca me faltou resposta”. E12 “Eu sempre fui bem direccionada entre o centro de saúde, o hospital, as consultas que eu tive foi tudo dentro do prazo. Não tenho nada a reclamar”. E6 “ela ia me encaminhar para o hospital. Eu fiquei um mês esperando o hospital me chamar e nada”. E7 “estavam a ter alguns problemas com o centro de saúde, que não recebiam os encaminhamentos a tempo”. E9 “Na altura fizeram um encaminhamento e depois eu não recebi notificação do hospital”. E9 “o que me fez entender é que a comunicação entre o centro de saúde e o hospital não é a melhor”. E9 “se as aulas de preparação de parto fossem no mesmo sítio onde a mulher é acompanhada... era mais fácil”. E8	
	Continuidade do acompanhamento (2)	“se eu tivesse a garantia que aquelas enfermeiras [entenda-se EEESMO] iriam realizar o parto do meu bebé, eu se calhar estaria muito mais tranquila”. E12 “o facto de eu escolher ser acompanhada por um médico obstetra num hospital privado é ...para conseguir ter o acompanhamento desde a gestação até ao pós-parto e pelo mesmo profissional, e isso não é possível pelo sistema nacional de saúde”. E12	E12