



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge - uma *scoping review*

Raquel Vidal Portela

Famalicão, fevereiro de 2025



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge - uma *scoping review*

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de
candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
e Obstétrica à Escola Superior de Saúde de Viana do
Castelo, no âmbito do Consórcio com o Instituto
Politécnico de Bragança e 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 2024 Raquel Vidal Portela

Raquel Vidal Portela

Orientadoras: Professora Maria da Conceição Pinto Moreira Freitas Especialista na
Área Científica de Enfermagem/ Professora Sandra Patrícia Souto

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

Viana do Castelo, fevereiro de 2025

Portela, R.V. (2024). *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional: Programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge - uma scoping review*. Famalicão: [s.n.]. Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 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 de Viana do Castelo.

Palavras-chave/Descritores: alta pós-parto, alta precoce, cuidados pós-parto, enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, pós-parto, programas.

Keywords/Descriptors: *early discharge, midwife, postnatal care, postnatal discharge, postpartum, programmes.*

Dedico este trabalho à minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Acredito profundamente que nenhum caminho tem verdadeiro significado quando trilhado sozinho, e este não é exceção aos demais percursos da vida. A concretização deste Estágio de Natureza Profissional não teria sido possível sem o apoio das diversas instituições e profissionais que me acolheram, partilharam os seus conhecimentos e me proporcionaram a oportunidade de crescer, tanto a nível pessoal como profissional. Desde já, o meu sincero agradecimento.

Em especial, quero agradecer à Professora Conceição Freitas e à Professora Patrícia Souto pelo apoio e disponibilidade na orientação e desenvolvimento do meu relatório final de estágio. Agradeço pela paciência, compreensão e incentivo constante, que foram determinantes para o meu aperfeiçoamento.

Estendo a minha gratidão à enfermeira gestora Irene Cerejeira, por depositar confiança em mim e me integrar na sua equipa.

Aos meus pais e à minha irmã Rafa, o meu agradecimento eterno por me apoiarem de forma incondicional em todas as escolhas e etapas da minha vida.

À restante família, obrigada por serem o meu pilar e uma fonte de grande orgulho.

Às minhas amigas de sempre, Bia e Maggie, agradeço por compreenderem as minhas ausências e os momentos contados, e por celebrarem comigo cada conquista alcançada.

Um especial obrigada às minhas colegas e amigas do serviço de Ginecologia/Obstetrícia – Ana C., Francisca, Catarina e Ana – por caminharmos juntas e nos apoiarmos mutuamente ao longo deste percurso.

Às amigas que o mestrado trouxe para a minha vida – a Alex, a Margarida, a Bruna e a Tatiana –, o meu muito obrigada por tornarem esta jornada tão mais enriquecedora e especial.

Às amigas de Guimarães – a Gaby, a Marta e a Lili –, que estão sempre presentes, agradeço pelo suporte e encorajamento.

Aos que guardo no coração e cuja saudade tanto pesa: ao Avô Vidal e à Avó Zinda, que sempre acreditaram que eu seria capaz de alcançar tudo o que sonhasse. Espero que este passo os encha de orgulho, pois cada conquista é também por eles.

Por fim, para o meu querido e para sempre Rui.

Sucesso não é final, falha não é fatal: é a coragem para continuar que conta.

Winston Churchill

Índice

Índice de Figuras.....	XI
Índice de Quadros	XI
Resumo:	XII
Abstract:.....	XV
Lista de Acrónimos	XVII
Lista de Siglas	XVII
Lista de Abreviaturas	XVIII
 PARTE 1- O Estágio de Natureza Profissional e a formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	- 1 -
1. Contextualização do ENP	- 1 -
2. Aquisição de competências da área da especialidade e do grau de mestre - Da formação à prática de cuidados especializados em ESMO	- 6 -
<i>2.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas</i>	<i>- 6 -</i>
<i>2.2 A prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o trabalho de parto</i>	<i>- 10 -</i>
<i>2.3 A prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN</i>	<i>- 31 -</i>
<i>2.4 Prestação de cuidados especializados no âmbito dos cuidados de saúde primários.....</i>	<i>- 36 -</i>
3. Pressupostos teóricos - Teoria da Transição por Afaf Meleis.	- 40 -
<i>3.1 A Parentalidade enquanto transição e o papel do EEESMO</i>	<i>- 40 -</i>
 PARTE 2 – Componente Investigativa	- 45 -
<i>4. Programas de alta no pós-parto em sistemas de saúde equivalentes ao sistema português uma scoping review.....</i>	<i>- 45 -</i>
4.1 Contextualização do Estudo	- 45 -
4.2 Metodologia	- 47 -
<i>4.2.1 Tipo de Estudo: Scoping Review</i>	<i>- 47 -</i>

4.2.2 Objetivo do estudo:.....	- 48 -
4.2.3. Questão de Investigação	- 48 -
4.2.5 Estratégia de Pesquisa	- 49 -
4.2.6 Seleção dos estudos	- 52 -
4.2.7 Extração dos Dados	- 54 -
4.3. Apresentação e Discussão dos Resultados	- 54 -
4.4 Conclusão da <i>Scoping Review</i>	- 74 -
6. Conclusão Geral	- 75 -
Referências Bibliográficas	- 77 -
ANEXO I: Tabela de extração de dados.....	- 96 -

Índice de Figuras

Figura 1- Teoria das Transições de Afaf Meleis	- 43 -
Figura 2-Fluxograma do processo de seleção de artigos para a scoping review, PRISMA 2020 (Page et al., 2021).	- 53 -

Índice de Quadros

Quadro 1- Estratégia de pesquisa e quantidade de artigos identificados na base de dados MEDLINE via PubMed	- 50 -
Quadro 2 - Programas de alta no pós-parto por países e atuação do EEESMO	- 55 -

Resumo:

Introdução: Este relatório de Estágio de Natureza Profissional foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, integrada no 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, promovido pelo consórcio formado pelo Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, através das suas Escolas Superiores de Saúde. O documento reflete os conhecimentos adquiridos e aplicados durante o estágio, o qual foi realizado em contexto de bloco de partos e cuidados de saúde primários, seguindo as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros e da Comunidade Europeia. Este estágio foi fundamental para a obtenção do título de mestre e especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O documento incorpora ainda, uma *scoping review*, sobre programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge.

Objetivo: O relatório tem como principais objetivos descrever e analisar as atividades realizadas e as competências desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional. Outro objetivo central é fomentar a melhoria das práticas implementadas nos contextos de estágio, por meio da apresentação dos resultados da investigação conduzida. O estudo de investigação, incluído neste Relatório de Estágio de Natureza Profissional, procura mapear e analisar a literatura sobre programas de alta no pós-parto em países com um sistema de saúde equivalente a Portugal baseado no Modelo Beveridge (sistema de saúde disponível para todos os cidadãos e financiado pelo governo através de impostos), explorando o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no desenvolvimento e implementação desses programas.

Metodologia: A prestação de cuidados foi orientada pela teoria das Transições de Afaf Meleis. Foi realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional, tendo como referência as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Neste contexto, foi conduzida uma *scoping review*, seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute.

Resultados: Foram realizadas as experiências mínimas exigidas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica permitindo o desenvolvimento das competências essenciais para a prestação de cuidados especializados nesta área. Através do estudo de investigação verificamos que ao examinar os diferentes programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes ao sistema português, fica evidente que o foco na alta hospitalar associado ao suporte domiciliar contínuo, é uma tendência que visa otimizar recursos hospitalares e manter um alto nível de cuidado neonatal. Em todos os países estudados, o sucesso dos programas de alta pós-parto depende fortemente de um acompanhamento robusto nas primeiras semanas de vida do bebé seja através de visitas domiciliares, chamadas telefónicas ou consultas presenciais nas instituições de saúde.

Conclusão: Os objetivos definidos para o Estágio de Natureza Profissional foram alcançados, evidenciando a aquisição e o aperfeiçoamento das competências para a prática em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Os programas de alta no pós-parto destacam a importância de manter um ambiente seguro fora do hospital, desde que o apoio contínuo seja garantido. Seria essencial investigar mais detalhadamente os indicadores de saúde neonatal e materna associados a cada tipo de programa, com ênfase em taxas de readmissão e satisfação materna, que representam fatores cruciais para a avaliação de políticas públicas em Portugal. Adicionalmente, uma revisão sistemática é recomendada para investigação futura.

Palavras-chave: alta pós-parto, alta precoce, cuidados pós-parto, enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, pós-parto, programas.

Abstract¹:

Introduction: This Professional Internship report was developed within the scope of the Professional Internship course, part of the 2nd year of the Master's programme in Maternal and Obstetric Health Nursing, promoted by the consortium formed by the Polytechnic Institute of Bragança, the Polytechnic Institute of Viana do Castelo and the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, through their Higher Schools of Health. The document reflects the knowledge acquired and applied during the internship, which was carried out in a delivery theatre and primary health care setting, following the guidelines of the Portuguese Order of Nurses and the European Community. This internship was fundamental to obtaining the title of registered nurse-midwife and Master in Nursing. The document also includes a scoping review of postnatal discharge programmes in countries with health systems equivalent to the Portuguese system by the Beveridge Model.

Objective: The main objectives of this report are to describe and analyse the activities conducted and the skills developed during the Professional Internship. Another central aim is to encourage improvements in the practices implemented in the internship contexts by presenting the results of the research conducted. The research study included in this Professional Internship Report seeks to map and analyse the existing literature on postnatal discharge programmes in countries with health systems equivalent to the Portuguese system, exploring the role of midwives in the development and implementation of these programmes.

Methodology: The provision of care was guided by Afaf Meleis' theory of Transitions. A critical-reflective analysis was made of the activities carried out during the Professional Internship, with reference to the common and specific competences of the nurse-midwife. In this context, a scoping review was conducted, following the methodology of the Joanna Briggs Institute.

Results: The minimum experiences required to obtain the title of nurse-midwife were achieved, enabling the development of essential competences for providing specialised

¹ A tradução do *abstract* foi realizada com base na variante do inglês britânico.

care in this area. Through the research study, we found that by examining the different postnatal discharge programmes in countries with health systems equivalent to the Portuguese system, the focus on early hospital discharge associated with continuous home support is a trend aimed at optimising hospital resources and maintaining a high level of neonatal care. In all the countries studied, the success of postnatal discharge programmes depends heavily on robust follow-up in the first few weeks of the newborn's life, whether through home visits, telephone calls or face-to-face consultations at health institutions.

Conclusion: The objectives set for the Professional Internship were achieved, showing the acquisition and improvement of competences for practice in Maternal and Obstetric Health Nursing. The postnatal discharge programmes highlight the importance of maintaining a safe environment outside the hospital, if ongoing support is guaranteed. It would be essential to investigate in more detail the neonatal and maternal health indicators associated with each type of programme, with an emphasis on readmission rates and maternal satisfaction, as these are critical factors for the evaluation of public policies in Portugal. Additionally, a systematic review is recommended for further research.

Keywords: early discharge, midwife, postnatal care, postnatal discharge, postpartum, programmes.

Lista de Acrónimos

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

WHO - World Health Organization

Lista de Siglas

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BP - Bloco de Partos

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

GINOBS - Ginecologia e Obstetrícia

OE - Ordem dos Enfermeiros

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TP - Trabalho de parto

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade Saúde Familiar

RN - Recém-nascido

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

JBII- Joanna Briggs Institute

Lista de Abreviaturas

et al. - Entre Outros

et al. - et alli (e outros)

p. - página

s.d. - sem data

nº - número

PARTE 1- O Estágio de Natureza Profissional e a formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

O presente capítulo incorpora a contextualização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) e a caracterização do local onde o mesmo decorreu. Inclui, ainda, a descrição das experiências e das competências adquiridas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Materna e Obstétrica.

1. Contextualização do ENP

O ENP tem como objetivo, segundo as normas orientadoras e regulamentadoras do Curso de Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), intervir em contexto real para promover a transição profissional e pessoal nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação. Através do ENP pretende-se aprimorar as competências adquiridas no curso de especialização, assim como as competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 391/2019), e atender às diretrizes do Conselho das Comunidades Europeias (2005/36/CE; 2013/55/EU). A elaboração de um relatório de estágio demonstra ser uma pertinente base reflexiva sobre as aprendizagens obtidas no desenvolvimento de competências de especialista e mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), pelo que a elaboração do mesmo se tornou relevante findo o ENP do CMESMO.

Este relatório de estágio incorpora, também, o processo de desenvolvimento de uma *scoping review* que mapeou e analisou a literatura sobre programas de alta no pós-parto existentes nos sistemas de saúde equivalente ao sistema português segundo o Modelo Beveridge com potenciais contributos para o desenvolvimento e implementação de um futuro programa de alta no pós-parto nos cuidados de saúde portugueses e, mais concretamente, na instituição de saúde onde decorreu o ENP. O ENP teve uma carga horária total de 810 horas e decorreu no período compreendido entre 19 de fevereiro e 31 de julho, tendo a componente prática sido desenvolvida no Bloco de Partos (BP) de uma

Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte Litoral português e numa Unidade Saúde Familiar (USF) da área norte de Portugal.

A constituição de uma ULS resulta do articulado do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro que agrupou o antigo Centro Hospitalar e Agrupamentos do Centro de Saúde daquela área de abrangência. Uma ULS é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de natureza empresarial, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial e do artigo 63.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Na sua atuação, a ULS pauta-se pela prossecução de objetivos estratégicos, assentes em eixos fulcrais: a) cultura organizacional centrada no utente; b) integração de cuidados; c) ganhos em saúde; d) governança e sustentabilidade da ULS; e) inovação, investigação e formação e f) respetivas infraestruturas. A ULS recomenda que os seus colaboradores sigam valores orientados para uma abordagem centrada no cliente e no respeito pela dignidade humana, dentro de um contexto de valorização do conhecimento, como um bem em si mesmo, e de excelência tanto na prática médica quanto nos cuidados (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, n.d.). O serviço de Ginecologia/Obstetrícia (GINOBS) desta ULS é constituído por um internamento de puerpério com uma capacidade de 13 camas distribuídas por várias unidades. Cada unidade é partilhada por duas utentes, onde é possível um acompanhamento 24 horas por uma pessoa significativa até ao momento da alta. Atualmente, este internamento encontra-se em obras de requalificação do espaço pelo que estes números têm variado consoante a evolução das mesmas.

Para além do internamento de puerpério, o serviço de GINOBS incorpora o BP. O BP é composto por cinco unidades de parto individualizadas; uma sala de reanimação neonatal; uma sala de trabalho para a equipa de enfermagem; uma casa de banho para as parturientes e uma outra para os acompanhantes; o vestiário dos profissionais; uma sala de armazenamento de materiais clínicos e uma sala para eliminação de resíduos.

A equipa de enfermagem do serviço de GINOBS é constituída pela enfermeira gestora, uma enfermeira responsável pela coordenação operacional, quatro enfermeiras de cuidados gerais em processo de aquisição de especialização na área da Enfermagem ESMO e trinta e quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Esta ULS insere-se numa tipologia de nível 1 pelo que podem ser admitidas grávidas em trabalho de parto (TP) espontâneo, grávidas para indução de TP, grávidas para cesariana eletiva, pressupondo-se que a idade gestacional deverá ser de pelo menos 34 semanas (Ministério da Saúde, 2023). Uma vez que se trata de uma unidade hospitalar de nível I, configura-se num serviço adequado à resolução de patologia não complexa. Segundo o documento do Ministério da Saúde (2023) são motivo obstétrico de referenciação à urgência de hospitais de nível I as seguintes patologias: aborto séptico; cólica renal; hipertensão gestacional; infeção urinária alta; pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade $\geq 35+0$ semanas; assistência ao TP $\geq 35+0$ semanas; rotura prematura de membranas $\geq 35+0$ semanas; febre puerperal; descolamento placentário $\geq 35+0$ semanas; mastite e abcesso mamário. As grávidas com patologia obstétrica mais complexa, que necessitem de intervenções diagnósticas ou terapêuticas para as quais não existe resposta local, ou em que se antecipe a necessidade de terminação da gravidez antes das 35 semanas devem ser referenciadas para um hospital de nível II ou III (Ministério da Saúde, 2023).

A admissão da grávida é feita via consulta programada ou pelo Serviço de Urgência (SU) geral, segundo o processo de triagem de Manchester. Posteriormente, a grávida é acompanhada até ao SU do serviço de GINOBS. Uma vez neste SU, é realizada uma breve avaliação inicial pelo EEESMO e, de acordo com a sua tomada de decisão autónoma, são providenciadas as intervenções apropriadas. Após a avaliação médica, decide-se pelo internamento da grávida (no BP ou na unidade de grávidas de risco, conforme a situação clínica) ou é dada alta hospitalar após orientação ou resolução do motivo de ida ao SU. Se a mesma estiver em TP, será admitida no BP, podendo fazer-se acompanhar, desde este momento da(s) pessoa(s) significativa(s), independentemente da fase de TP.

Durante a admissão, o EEESMO realiza a avaliação inicial, verifica a existência de plano de parto e discute o mesmo com a grávida e a pessoa(s) significativa(s) bem como qualquer outra questão necessária. Nos casos em que não há um plano de parto, o EEESMO tenta entender e explorar as expectativas em relação ao TP e identifica qualquer questão que precise ser discutida. Este é o primeiro contacto da grávida e da pessoa(s) significativa(s), sendo que durante a estada no BP todas estas questões são abordadas, discutidas e alvo de reflexão contínua, sempre que necessário.

Cada unidade do BP está equipada com uma cama, um cadeirão reclinável, uma fonte de aquecimento para os cuidados ao recém-nascido (RN), um cardiotocógrafo com possibilidade de telemetria e uma televisão. Existem recursos considerados facilitadores na evolução do TP e no alívio da dor, como por exemplo, bolas de pilates, *peanut balls*, *comfortable upright birth support cub birth*, disco para mobilidade da bacia, entre outros, que se fazem presentes em todas as unidades. Numa das cinco unidades do BP existe uma piscina para imersão durante o TP, mediante critérios devidamente definidos, que foram aprovados pelo Departamento de Qualidade daquela ULS.

Um ambiente de parto confortável promove uma experiência familiar, com assistência personalizada e liberdade de escolha baseada em decisões informadas, minimizando intervenções invasivas que interferem no curso fisiológico do parto (Suarez Cortés et al., 2015). A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) (2022) pronunciou-se sobre aquele que seria um ambiente de parto com condições físicas que poderiam respeitar a fisiologia do TP e da experiência da mulher e pessoa(s) significativa(s), descrevendo algumas características importantes:

- 1) portas e janelas posicionadas de forma a proteger a privacidade;
- 2) os móveis devem encorajar e apoiar as mulheres a adotarem posições não supinas durante o trabalho de parto e parto;
- 3) ter uma piscina ou banheira para imersão em água durante o trabalho de parto;
- 4) incluir uma casa de banho privativa;
- 5) usar esquemas de cores adequadas (brancos e cremes devem ser evitados, pois contribuem para uma sensação de “hospital”, as cores vivas devem ser evitadas, pois podem estimular o neocórtex; as cores ideais incluem azuis, roxos, rosas e verdes);
- 6) o design de iluminação deve contribuir para um ambiente relaxante e ser controlado pela mulher;
- 7) unidades de parto espaçosas para encorajar a mobilidade;
- 8) fornecer acesso fácil a zonas de passeio (exemplo, ao ar livre, zonas verdes, etc.);
- 9) possuírem espaços que encorajam a mulher a personalizar o ambiente;
- 10) devem ter condições para acomodar confortavelmente as pessoas de apoio.

No BP desta ULS vigora o modelo de individualização dos cuidados de enfermagem. O EEESMO planeia e implementa as intervenções adequadas a cada estadio do TP, referenciando qualquer situação que esteja para além da sua área de intervenção. Segundo Parreira (2005), o método individual de cuidados é vantajoso porque favorece a relação entre o utente e o enfermeiro, através de uma conceção holística da pessoa; além disso, estimula a criatividade, aumenta a responsabilidade do enfermeiro perante o mandato social e a sua capacidade de decisão. No entanto, esse método pode resultar em variações na prestação de cuidados, já que cada enfermeiro é um indivíduo único, com diferentes níveis de conhecimento, o que exige uma maior dotação de recursos humanos. Dessa forma, a individualização dos cuidados possibilita uma melhor identificação das necessidades e um ajuste mais preciso das respostas para cada pessoa (Parreira, 2005).

No âmbito da prática clínica, as intervenções são sistematicamente adaptadas às necessidades da grávida/convivente significativo, avaliadas e documentadas. A documentação dos cuidados é feita em suporte de papel (partograma em papel) e em suporte informático, no sistema de aplicação para as práticas de enfermagem (SCLINICO), operacionalizado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), no partograma digital e na plataforma Obscare®.

2. Aquisição de competências da área da especialidade e do grau de mestre - Da formação à prática de cuidados especializados em ESMO

Segundo o documento da OE (2021), *Regulamento para a prática de Enfermagem*, a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Este documento descreve também que o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Para Persson et. al (2018) a aquisição de competências é um processo alimentado pelos conhecimentos e retroalimentado pela reflexão, sendo esta última reconhecida como fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista.

Este relatório foi elaborado seguindo uma metodologia reflexo-descritiva, que cruzou a pesquisa realizada com uma teoria de enfermagem. Alia-se a esta metodologia as experiências profissionais e pessoais do autor.

2.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas

Atualmente, de acordo com a OE (2019b), o título de enfermeiro especialista é atribuído em seis áreas: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica, Reabilitação, Médico-Cirúrgica e Comunitária. Em 2019, a OE teve necessidade de ajustar o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o objetivo de harmonizá-lo com o novo estatuto e a realidade dos cuidados de enfermagem, garantindo maior objetividade e transparência. Este título reconhece a competência técnica, científica e humana dos profissionais para prestar cuidados especializados, com base no Estatuto da OE e no Regulamento n.º 392/2018, que define o processo de inscrição e emissão de cédula profissional.

As competências comuns caracterizam-se pela sua transversalidade a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, as competências comuns dos enfermeiros especialistas incluem as seguintes áreas principais:

1. **Cuidados de enfermagem de elevada qualidade:** O enfermeiro especialista deve ser capaz de conceber, gerir e prestar cuidados de enfermagem avançados, com uma visão crítica e baseada na melhor evidência disponível.
2. **Supervisão e gestão dos cuidados:** O especialista deve supervisionar, organizar e avaliar os cuidados prestados por equipas de enfermagem, garantindo a segurança e a qualidade dos serviços.
3. **Formação e educação:** O especialista deve participar e liderar atividades formativas, contribuindo para o desenvolvimento profissional contínuo dos colegas e outros profissionais de saúde.
4. **Investigação:** O enfermeiro especialista é incentivado a desenvolver investigação aplicada à enfermagem e à saúde, integrando os resultados na prática para melhorar a qualidade dos cuidados.
5. **Assessoria:** O especialista deve oferecer suporte técnico e especializado em situações complexas, colaborando com outros profissionais de saúde para tomadas de decisões informadas.

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, destacam-se duas competências fundamentais: a prática profissional orientada pelas normas legais, princípios éticos e deontologia da profissão e a garantia de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019b). Para desenvolvê-las, foi necessário rever documentos essenciais, como o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015a) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 1996). Neste contexto, a prática profissional foi norteadada pela salvaguarda da privacidade e da intimidade das mulheres e das suas famílias, em conformidade com o Código Deontológico (OE, 2015a). Isso incluiu ações como a obtenção de consentimento informado, a ênfase numa comunicação empática e o respeito pelas preferências individuais. Contudo, em ambiente hospitalar, situações desafiadoras, como a presença de múltiplos profissionais nas unidades do BP, exigiram reflexões e ajustes para minimizar desconfortos e preservar um ambiente humanizado. A entrada de profissionais

foi criteriosamente avaliada e justificada apenas por razões de segurança ou emergência, sempre com o consentimento das mulheres. Em todas as situações, os cuidados prestados respeitaram a dignidade humana, garantiram o direito à informação e escolha consciente, e mantiveram a confidencialidade e o sigilo profissional. Essas práticas asseguraram a excelência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

O domínio da melhoria contínua da qualidade abrange três competências principais: promover iniciativas estratégicas na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade e colaborar em programas de melhoria contínua, além de garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b).

Durante o ENP, diversas atividades foram realizadas com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que incluem satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, readaptação funcional e organização dos cuidados (OE, 2021). Entre as ações realizadas, destacam-se a colaboração na elaboração e atualização de protocolos institucionais, alinhados à evidência científica mais atual, e a análise de incidentes no serviço.

A experiência prática sob orientação de enfermeiros experientes foi determinante para a aprendizagem. Estes profissionais incentivaram a reflexão crítica e a avaliação constante da qualidade e segurança dos cuidados prestados, permitindo a identificação de áreas para aprimoramento e o desenvolvimento de competências específicas.

As atividades desenvolvidas não apenas fortaleceram a qualidade e segurança nos cuidados obstétricos, mas também reforçaram a importância da excelência no exercício da profissão de Enfermagem (OE, 2019b).

A gestão de cuidados envolve duas competências centrais: organizar os cuidados de enfermagem, otimizando a atuação da equipa e a articulação com a equipa de saúde, e ajustar a liderança e gestão de recursos às situações e contextos para garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019b). Este domínio é essencial para assegurar elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados (OE, 2021).

Durante o estágio, foi possível observar e compreender o papel do enfermeiro gestor e a sua relevância na coordenação dos cuidados de enfermagem. Em contexto hospitalar, houve a oportunidade de acompanhar, com as enfermeiras orientadoras, as funções da enfermeira responsável de turno, especialmente na ausência do enfermeiro gestor. Estas

experiências proporcionaram-me a participação em tarefas como a distribuição e gestão de recursos humanos, a organização de materiais e equipamentos, e a articulação com a equipa multidisciplinar.

As experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências fundamentais na gestão de cuidados, como responsabilidade e assertividade nas relações interpessoais, promovendo uma atuação eficaz da equipa de enfermagem e assegurando a qualidade dos cuidados prestados. As competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais envolvem o autoconhecimento, a assertividade e a prática clínica baseada em evidência científica (OE, 2019a). Segundo o Código Deontológico, o enfermeiro deve procurar obter a excelência profissional, mantendo-se atualizado e utilizando as tecnologias de forma competente, além de investir em formação contínua nas ciências humanas (OE, 2015a). Durante o ENP, realizaram-se diversas atividades que promoveram o autoconhecimento, a assertividade e a prática baseada em evidência. Essas atividades facilitaram a incorporação de conhecimentos atualizados na prática, melhorando a capacidade de tomar decisões clínicas fundamentadas. A reflexão diária sobre as experiências vividas ajudou a identificar pontos fortes e áreas a melhorar.

No que diz respeito à capacidade do EEESMO de conceber, gerir e prestar cuidados avançados especializados, e numa lógica de interdisciplinaridade, pode-se considerar os seguintes exemplos:

1º Exemplo: O EEESMO e a estudante em estágio admitiram no SU uma grávida com diagnóstico de ameaça de parto pré-termo. Inicialmente, foi realizada uma avaliação completa, levando em conta a história clínica da mulher, os fatores de risco e as diretrizes atuais para a mitigação de partos prematuros. Durante a hospitalização da grávida, o foi assumida a responsabilidade de gerir continuamente o plano de cuidados, através da prescrição de intervenções autónomas e interdependentes. Numa abordagem colaborativa, utilizaram-se as orientações mais recentes sobre intervenções eficazes para prevenir o parto pré-termo e adaptaram-se os cuidados às necessidades específicas da situação clínica.

2º Exemplo: No caso de uma grávida com diagnóstico de pré-eclâmpsia, implementaram-se intervenções adequadas como por exemplo a monitorização da pressão arterial e a administração de medicamentos anti-hipertensivos. A atuação perante

a situação aconteceu numa lógica de colaboração com a equipa médica; o que significa que em conjunto, foi redefinido e ajustado o plano de parto, garantindo que a grávida e a família eram continuamente atualizadas sobre a situação.

Diariamente os profissionais atendem situações que os confrontam com a importância da prática baseada na evidência científica, pelo que se espera que o EEESMO se mantenha o mais atualizado possível sobre normas, evidência científica, regulamentos, entre outras fontes. Ao longo do ENP foi desenvolvida uma *scoping review* que permitiu o desenvolvimento da capacidade investigativa que é essencial para o desenvolvimento contínuo da prática do enfermeiro especialista, promovendo a inovação, melhorando a qualidade dos cuidados e garantindo que as decisões clínicas sejam fundamentadas nas melhores evidências disponíveis (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

2.2 A prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o trabalho de parto

A Enfermagem visa a melhoria contínua da qualidade, progredindo para isso, para níveis mais rigorosos do conhecimento específico da profissão, compatíveis com a conquista de cuidados de enfermagem de excelência (OE, 2019b). Em Portugal, a formação na área da ESMO tem sido alvo de várias atualizações, acompanhando a evolução científica e técnica dos EEESMO². Inicialmente, os profissionais formam-se como enfermeiros e, posteriormente, especializam-se como EEESMO, completando um percurso de seis anos de formação, com uma componente teórico-prática robusta. Esta formação avançada enquadra o EEESMO numa profissão classificada como “especialistas das atividades intelectuais e científicas” (código 2222.0), distinguindo-se da profissão de parteira (3222.0) (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

² Optou-se por utilizar o termo EEESMO, acrónimo de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como tradução de “midwife” por se considerar que as competências do profissional, internacionalmente, intitulado de “midwife” são, em Portugal, do domínio do exercício profissional dos EEESMO, reconhecidos na classificação das profissões portuguesas do Instituto Nacional de Estatística, como “especialistas das atividades intelectuais e científicas” (INE, 2001; p.123).

Desde o ano letivo 2021/2022, a obtenção do título profissional de EEESMO, atribuído pela OE, requer a conclusão do CMESMO. A formação académica e profissional assenta, cada vez mais, numa base de evidência científica atualizada, aliada ao desenvolvimento e à partilha de diferentes formas de conhecimento, nomeadamente o ético, o estético e o pessoal.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019, 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, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (OE, 2019, p. 13561).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO) (2018b) descreve que as mulheres querem uma experiência positiva que complete ou exceda as suas expectativas e respeite as crenças socioculturais, incluindo ter um filho saudável num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com continuidade de suporte prático e emocional de um, ou mais, acompanhante(s) e de uma equipa de profissionais gentis e tecnicamente competentes. Esta dimensão baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja um parto fisiológico, e deseja ter uma sensação de conquista pessoal e controlo, através de envolvimento nas tomadas de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas.

Em 1996, a OMS elaborou um documento que aborda a assistência ao parto normal. Nos dias de hoje, o conceito de "normalidade" no parto ainda é debatido, tal como era há 30 anos. O documento define o parto normal como aquele que se inicia espontaneamente, ocorre com baixo risco desde o início do TP e assim permanece até a sua conclusão. O RN nasce de forma espontânea, em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas de gestação, e tanto a mãe quanto o RN apresentam-se em boas condições de saúde (WHO, 1996).

De acordo com a MCEESMO (2022a), para a maioria das mulheres, os benefícios imediatos de um parto fisiológico incluem sentirem-se saudáveis, tanto física como emocionalmente, e fortalecidas no seu papel de mãe após o parto. Da mesma forma, os

RN beneficiam por não serem expostos a medicamentos que possam afetar o processo biológico de adaptação à vida extrauterina e o seu comportamento neurológico. A longo prazo, esses benefícios refletem-se na saúde física e mental da mulher, no desenvolvimento das suas competências maternas e, por conseguinte, no crescimento saudável da criança. Estes efeitos positivos estendem-se ainda à família e à sociedade, melhorando o funcionamento familiar e aumentando a eficiência dos cuidados de saúde em termos de custo-benefício. É importante destacar que a ênfase no parto fisiológico contribuirá para alterar o discurso atual sobre o parto: de uma condição tratada como doença, onde a autoridade está fora da mulher, para uma abordagem centrada no bem-estar, em que as mulheres e os profissionais de saúde partilham as decisões e as responsabilidades (MCEESMO, 2022a).

O parto é um evento fisiológico no qual a mulher e o convivente significativo devem ser os principais autores dessa experiência (WHO, 2018b). A OMS (WHO, 2018b) emitiu diretrizes para definir padrões assistenciais para mulheres grávidas saudáveis e minimizar intervenções médicas desnecessárias, recomendando que as equipas de saúde devem evitar intervir no TP para acelerá-lo, a menos que haja riscos reais de complicações. O mesmo documento destaca que a crescente medicalização do TP pode comprometer a capacidade natural da mulher de parir e impacta negativamente a sua experiência de parto. Assim, as práticas obstétricas devem ser adaptadas a cada mulher e a cada contexto específico, permitindo que a assistência ao longo do trabalho de parto e do parto não só respeite a fisiologia da mulher, como também favoreça todos os envolvidos no mesmo (Pinheiro, 2016).

Quando a assistência das mulheres está centrada nas suas necessidades de saúde estamos a contribuir para uma assistência mais qualificada. O esclarecimento sobre as práticas institucionais e os procedimentos a serem realizados também ajuda a garantir que o parto seja vivenciado com confiança pelas mulheres. Os cuidados baseados em intervenções e na utilização de procedimentos e tecnologias invasivas podem fazer com que as mulheres desempenhem apenas um papel secundário e transfiram o papel principal para os profissionais de saúde (Possati et al., 2017). Para o mesmo autor, esta situação resulta num aumento da taxa de mortalidade materna e contribui para o desrespeito dos direitos reprodutivos. Autores destacam que garantir a qualidade na assistência ao parto

implica mudança de atitude e de conduta, por meio de uma assistência que garanta respeito e sensibilidade para com a tríade mulher-criança-família (Possati et al., 2017).

Como referido anteriormente, no processo assistencial integrado, todas as mulheres à chegada ao SU de GINOBS são abordadas por um EEESMO que é responsável pela realização da avaliação inicial, a qual requer a recolha de dados que permitam conhecer a mulher/convivente(s) significativo(s) que procurou os serviços daquela ULS, bem como as suas expectativas, vontades e preferências face ao trabalho de parto e parto; muitas vezes, materializado num plano de parto escrito. É nesta primeira abordagem que se inicia a realização do plano de cuidados individualizado e no qual o estudante pode participar.

O EEESMO, ao comunicar de forma eficaz, promove a expressão das expectativas, emoções e necessidades de informação da mulher e do convivente(s) significativo(s) de forma fluída (Bradfield et al., 2019). A estudante, no período de formação, desenvolveu a sua prática no sentido de ir ao encontro das expectativas e preferências da mulher e do convivente significativo. Monteiro-Grilo (2012) afirma que a comunicação eficaz aprimora o desempenho profissional, pois tanto a avaliação inicial quanto a implementação de muitas intervenções no domínio de informar se tornam mais eficientes. Portanto, é crucial que em cada interação o EEESMO/estudante em formação reveja o seu estilo de comunicação, procurando evitar a prática apontada por Monteiro-Grilo (2012) de que os profissionais de saúde tendem a utilizar o mesmo estilo de comunicação com todos os indivíduos, independentemente das suas particularidades. Após a avaliação inicial, a estudante privilegiou sempre a explicação de todas as intervenções planeadas ao longo do processo, bem como a justificação de cada uma com base em evidência científica.

A ULS disponibiliza à população uma consulta estruturada e multidisciplinar de plano de parto, tendo em conta os princípios da liberdade de escolha informada, esclarecida e segura (Ministério da Saúde, s.d.). A mesma contempla práticas baseadas na evidência científica, assim como a implementação de procedimentos que a equipa de saúde considera seguros e adequados a cada fase do trabalho de parto, do parto e do pós-parto. O Regulamento n.º 391/2019 estabelece que o EEESMO cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, assiste o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019c). O EEESMO detém de toda a autonomia na tomada de decisão em situações

de baixo risco, ou seja, quando não existem fatores que justifiquem uma abordagem mais intervencionista do ponto de vista clínico (OE, 2020). Compete-lhe a monitorização do bem-estar materno-fetal durante o TP, identificando precocemente qualquer desvio do padrão fisiológico. Assim, o EEESMO competências é responsável pela conceção, planeamento e implementação de intervenções adequadas ao estadió de TP, garantindo uma assistência segura e baseada na melhor evidência disponível. Sempre que se verifiquem situações que ultrapassem a sua área de atuação, o EEESMO procede à referenciação adequada, assegurando a continuidade dos cuidados prestados.

Segundo Balaskas e Sarzana (2021), o profissional que assiste a mulher durante o TP é extremamente importante. Se a mulher reconhecer o profissional como uma pessoa em quem pode confiar plenamente e se sentir relaxada na sua presença, o TP tende a evoluir melhor e a tornar-se uma experiência mais satisfatória para todos. Neste BP, é permitida a presença de mais do que um convivente significativo e o(s) mesmo(s) pode acompanhar todas as fases do TP. O(s) convivente(s) significativo(s) foram sempre integrados nas decisões e nos cuidados, sendo continuamente incentivados a participar ativamente ao longo de todo o processo. A estudante encorajou o convivente a expressar as suas preocupações, expectativas e emoções, segundo uma conceção de cuidados em parceria Tal como é descrito por Pinheiro e Coutinho (2012), a presença do convivente significativo demonstra ser um apoio emocional que ajuda a lidar melhor com a dor e a ansiedade, resultando numa maior satisfação com a experiência de parto. Desde 1985, em Portugal, a lei protege o direito ao acompanhamento a tempo integral por um convivente significativo da parturiente, exceto em casos clínicos graves (Lei 15/2014, de 21 de março).

Os fluxos migratórios são um fenómeno global crescente, trazendo diversidade cultural e enriquecendo as sociedades. Esta realidade refletiu-se de igual modo no número de casais não portugueses a quem se prestou cuidados durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. O contacto com mulheres e conviventes significativos provenientes de países como o Brasil, a Venezuela, a Espanha, o Nepal, o Bangladesh e a Alemanha representou um desafio comunicacional, exigindo uma abordagem sensível que promovesse o seu bem-estar e respeitasse a sua identidade cultural. Diariamente, a estudante enfrentou o desafio de compreender as perspetivas, tradições, valores, práticas e dinâmicas familiares das diversas culturas com as quais interagiu, assegurando um

cuidado centrado na mulher. Em situações em que a barreira linguística dificultava a comunicação, especialmente quando os utentes não falavam português ou inglês, os tradutores online revelaram-se uma ferramenta essencial para garantir a clareza na transmissão de informação e a segurança dos cuidados prestados. De acordo com De acordo com Domingos (2019), o enfermeiro especialista enfrenta diversos desafios ao cuidar de mulheres imigrantes, sendo essencial o desenvolvimento de estratégias específicas para garantir uma comunicação eficaz e culturalmente sensível. Para responder a esta necessidade, o autor propõe a inclusão de mediadores interculturais nos hospitais e um maior foco na formação contínua dos enfermeiros como estratégias essenciais para o desenvolvimento da consciência e do conhecimento cultural.

Um dos entraves identificados no acompanhamento de mulheres imigrantes que não dominavam a língua portuguesa nem a língua inglesa, foi a dificuldade em garantir uma comunicação clara e a certeza de que a informação era transmitida de forma eficaz, especialmente no que diz respeito às suas preferências na gestão da dor. Não raras as vezes, a tradução era realizada pelos próprios acompanhantes, o que, devido à falta de domínio do idioma por parte da equipa de saúde, impossibilitava a verificação da precisão da mensagem transmitida.

Perante esta realidade, surgiu a necessidade de desenvolver folhetos informativos sobre as diversas estratégias de controlo da dor, tanto farmacológicas como não farmacológicas, em múltiplos idiomas, de modo a garantir maior segurança e eficácia na transmissão da informação. No entanto, até à data de elaboração deste relatório de estágio, tais materiais ainda não tinham sido concretizados. Contudo, a proposta encontra-se em discussão com a Unidade Funcional da Dor, sob a supervisão da diretora do serviço de Anestesiologia.

Durante a avaliação inicial/consulta de enfermagem realizada na admissão, o principal objetivo foi recolher o máximo de informações possíveis sobre a mulher e o seu acompanhante significativo. Para tal, utilizou-se um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, complementado pela consulta do processo clínico e do boletim de saúde da grávida.

No processo de cuidados, a avaliação inicial revelou-se uma etapa fundamental, pois permitiu identificar dados essenciais para a tomada de decisão relativamente às

intervenções a implementar e à sua melhor abordagem. Esta prática está em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019, segundo o qual o EEESMO providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto. Neste seguimento, o conhecimento prévio dos antecedentes de saúde/doença da parturiente, permite que atempadamente sejam adotadas medidas para uma assistência mais segura e individualizada. O EEESMO deve, portanto, conceber, planejar, implementar e avaliar continuamente as intervenções prestadas à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.

A título de exemplo, uma parturiente com valores de tensão arterial e sinais e sintomas coincidentes com risco de pré-eclâmpsia obriga à vigilância condicente dessa condição clínica, tendo sido uma situação que ocorreu por duas vezes neste ENP, embora nenhuma das situações tenha evoluído para um quadro de pré-eclâmpsia ou de eclâmpsia. Importa reter que a pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistémica que ocorre em cerca de 2-3% das gestações e em que 2% desenvolvem eclâmpsia (Monteiro et al., 2021). Segundo estes autores, define-se pré-eclâmpsia quando há uma elevação da tensão arterial para valores superiores a 140/90 mmHg, associada a proteinúria (>300mg/ 24h), que ocorre depois das 20 semanas de gestação em mulheres previamente normotensas. Nas duas situações acompanhadas no decurso do ENP, monitorizou-se os valores de tensão arterial com maior frequência; despistaram-se regularmente sinais e sintomas de alerta como o edema, cefaleias intensas, alterações visuais, dor epigástrica, entre outros; registaram-se detalhadamente quaisquer desvios padrão; e foi solicitada colaboração à equipa médica em caso de agravamento da sintomatologia. Diariamente, foi possível perceber, o quanto é importante o trabalho em equipa, havendo uma comunicação constante entre os médicos obstetras e a equipa de EEESMO, sendo a maior parte das decisões discutidas e tomadas em parceria, numa lógica de interdisciplinaridade.

O TP é considerado um processo fisiológico durante o qual o feto, as membranas, o cordão e a placenta são expulsos do útero. O início de TP normal ocorre entre as 37 e as 42 semanas de gestação (Sequeira et al., 2020). Em 2018, a OMS definiu, os vários estadios do TP (WHO, 2018b):

- O primeiro estadio do TP é dividido em fase latente e fase ativa. Fase latente: contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, dilatação até 5

cm. Fase Ativa: contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de extinção do colo do útero e dilatação uterina dos 5cm aos 10cm.

- O segundo estadio do TP é um período de duração variável (média de 3h primíparas e 2h em multíparas), entre os 10cm de dilatação e o nascimento, durante a qual a mulher tem um desejo involuntário de puxar, devido às contrações uterinas.

Graça (2017) descreve que o terceiro estadio do TP ocorre de forma espontânea após o nascimento e corresponde à expulsão da placenta e das membranas. Adicionalmente este autor distingue-, ainda, um quarto estadio que corresponde ao puerpério imediato e engloba as duas primeiras horas após a saída da placenta e das membranas.

Tendo como premissa estas definições, as mulheres são observadas na admissão pelo médico obstetra (ainda que o EEESMO apresente competências para a sua realização, a autonomia ainda não é concedida) e mediante a avaliação do estadio do TP são admitidas no BP. Reconhecer e diagnosticar corretamente o estadio do TP é fundamental, distinguindo-o de um falso “alarme”, para evitar intervenções desnecessárias e não recomendadas (Graça, 2017). A publicação do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019), intitulada *Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*, oferece recomendações para reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e o parto. O documento defende uma abordagem mais fisiológica e mais centrada nas necessidades da mulher, sugerindo práticas seguras que diminuam o uso abusivo de intervenções, como a perfusão de ocitocina, a monitorização fetal contínua e o parto distócico. As principais recomendações incluem:

1. Apoio contínuo à parturiente: O acompanhamento constante por uma pessoa de confiança (como uma doula).

2. Hidratação e mobilidade: incentivar a ingestão de líquidos claros e permitir que a mulher se mova livremente durante o trabalho de parto.

3. Uso criterioso de intervenções médicas: considerar o recurso à perfusão de ocitocina, à analgesia epidural e outros métodos de indução ou analgesia, apenas quando necessário.

4. Evitar a realização desnecessária de cesarianas: “promover a paciência” durante o trabalho de parto, permitindo tempo para que o trabalho de parto progrida naturalmente.

Além de ter sido possível implementar estas recomendações, o BP desta ULS promove a utilização diversificada de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de TP. Também se destaca o enfoque na promoção da mobilidade e verticalidade e na adoção de diversas posições para facilitar a progressão do TP. Essas abordagens foram aplicadas pela estudante em formação, que teve a oportunidade de trabalhar diretamente com as mulheres, oferecendo-lhes liberdade total para escolher as posições e métodos que considerassem mais adequados.

Lawrence et al. (2013) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de analisar as evidências sobre o impacto das posições maternas e da mobilidade durante o primeiro estágio de TP nos desfechos maternos, fetais e neonatais. Os autores concluíram que permitir a mobilidade durante esta fase pode estar associado a uma redução na duração do trabalho de parto e a uma menor necessidade de analgesia. No entanto, não existem evidências claras que indiquem que uma posição específica seja superior às restantes em termos de resultados clínicos.

De acordo com o Royal College of Midwives (2018) adotar posições verticais, como ficar de pé, agachar-se, ajoelhar-se ou usar equipamentos para permanecer em posição vertical, parece estar associado a uma redução da duração do segundo estágio do TP. Evidências científicas sugerem que não há diferença significativa nas taxas de cesariana entre as posições verticais e as posições supinas. No entanto, as posições verticais estão associadas a uma redução significativa da necessidade de intervenções instrumentadas durante o parto. Além disso, as posições verticais estão associadas a uma menor taxa de episiotomias, embora possam aumentar a incidência de lacerações perineais de segundo grau, especialmente na posição de pé. Contudo, evidências de baixa qualidade indicam não haver diferença significativa no número de lacerações de terceiro ou quarto grau entre as posições verticais e as supinas. As posições verticais durante o TP parecem também estar associadas a um ligeiro aumento do risco de hemorragia pós-parto. No entanto, apresentam menos padrões anormais na frequência cardíaca fetal (FCF) em comparação com as posições supinas. Apesar disso, não há diferença evidente no número de RN admitidos em unidades de cuidados intensivos neonatais. Por fim, algumas fontes sugerem que não há diferença significativa entre a posição vertical e a posição deitada em mulheres com analgesia epidural durante o segundo estágio do TP.

De acordo com Priddis et al. (2012), as mulheres que optam por posições verticais durante o TP tendem a relatar uma maior satisfação com a experiência de parto em comparação com aquelas que adotam posições *semi-fowler* ou decúbito dorsal/litotomia. Assim, a escolha de posições desejadas pela parturiente para o seu TP foi respeitada, com orientação e apoio oferecidos para auxiliá-la na sua decisão. No geral, as parturientes aceitavam com ânimo as sugestões oferecidas, o que leva a considerar que confiaram nos profissionais e naquilo que lhes era transmitido. Contudo, essa dinâmica deve ser analisada com cuidado para garantir que a confiança não anule a autonomia. Além disso, a aceitação das sugestões deve ser compreendida não apenas como confiança, mas como resultado de um contexto cultural e institucional. Por esse prisma, e segundo o ponto de vista do autor, é importante que os profissionais incentivem o diálogo e validem as preferências da parturiente. Promover uma relação baseada na comunicação empática, na educação e no respeito mútuo é essencial para que o parto seja vivenciado como um momento de segurança, humanização e protagonismo por parte da mulher.

É baseado nestas premissas que se evidencia o fulcral trabalho do EEESMO no BP. Este tem um papel crucial em apoiar as mulheres na adoção de diferentes posições durante o TP, de fornecer orientações sobre os benefícios das posturas verticais e da liberdade de movimentos, de modo a assegurar que a parturiente possa tomar uma decisão consciente e informada, contribuindo para uma experiência de parto positiva e aumentando a satisfação com o processo de parto (Ferrão & Zangão, 2017).

A bola de pilates foi amplamente utilizada pelas parturientes durante o ENP, razão pela qual se optou por focar a abordagem sobre esse recurso em específico. O seu uso apresenta diversas vantagens quer para a progressão do TP quer como método de alívio da dor. A utilização de uma bola de pilates permite que a mulher adote uma posição mais confortável e fisiológica durante o TP, proporcionando movimentos rítmicos promovendo a mobilidade da pelve, o que auxilia na descida e rotação fetal, especialmente em casos de apresentações posteriores. Além disso, o uso da bola favorece a adoção de posições mais fisiológicas que tiram partido da força da gravidade durante e entre as contrações, reduzindo a dor nas regiões dorsal e lombar e tornando as contrações mais eficazes, simultaneamente, promove o relaxamento pélvico, permitindo uma progressão mais harmoniosa do TP. A mulher pode alternar os pontos de apoio do corpo, facilitando a adoção da posição de cócoras e aumentando o diâmetro inferior da pelve, o que

proporciona mais espaço para a descida do feto progredir no pelo canal de parto. Além disso, a bola de pilates revela-se particularmente útil quando combinada com técnicas de massagem, pois permite um suporte perineal mais confortável, evitando a pressão exercida por superfícies rígidas, como camas ou cadeiras. Outra vantagem é a sua compatibilidade com a monitorização fetal interna ou externa, possibilitando um acompanhamento seguro do bem-estar materno-fetal, sem comprometer o conforto e a mobilidade da parturiente (Perez, 2001; Taavoni et al., 2011). Desta forma, a utilização da bola de pilates pode contribuir para uma experiência de parto mais positiva, promovendo simultaneamente conforto, segurança e um maior protagonismo da mulher no processo do nascimento.

A dor do trabalho de parto é um fenómeno emocional complexo, que deve ser encarado segundo um modelo de cuidados biopsicossocial, individualizado e subjetivo, sendo este influenciado por crenças, valores, medos e experiências anteriores pessoais ou reportadas pelos conviventes significativos (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO], 2009). Por apresentar estas características, a dor é um dos maiores focos de atenção dos EEESMO durante o trabalho de parto. As manifestações dolorosas de cada parturiente são tidas em consideração, valorizando o que sentem e mostrando disponibilidade para colaborar na forma como pretende gerir a dor durante o curso do trabalho de parto. Deste modo, entre as estratégias não farmacológicas de alívio da dor disponíveis para as parturientes, destaca-se o uso da bola de pilates, a possibilidade de deambulação, o recurso a banhos quentes, a massagem, a aplicação de almofadas quentes, entre outras abordagens.

Os profissionais de saúde devem ter em consideração que, a forma como cada mulher experiencia a dor é muito pessoal e única e poderá ser expressa de diversas maneiras, tanto verbal como não verbal. A razão poderá ser devido ao contexto cultural e crenças; à condição económica; às condições de neurodiversidade que possam ter (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2023). De acordo com o NICE (2023), há uma série de recomendações que o EEESMO pode seguir para oferecer o devido suporte à mulher ao longo do TP:

1. Aconselhar as mulheres de que exercícios respiratórios, tomar um banho ou duche e massagem podem reduzir a dor durante a fase latente do TP;

2. Não oferecer nem recomendar aromaterapia, yoga ou acupressão para alívio da dor durante a fase latente do TP;
3. Apoiar o uso de técnicas de respiração e de relaxamento durante o TP, se for escolha da mulher;
4. Apoiar o uso de técnicas de massagem ensinadas ao acompanhante da mulher, se for escolha da mulher;
5. Informar as mulheres que desejam usar estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) que:
 - . Os dispositivos de TENS não são fornecidos pelo SNS, mas se uma mulher quiser usar TENS durante o TP é apoiada na sua escolha;
 - . Há pouca evidência sobre a sua eficácia na gestão da dor durante o TP; entretanto, também não há evidência sobre potenciais danos;
 - . Outros tipos de estratégias para alívio da dor podem ser usados juntamente com o TENS, se for escolha da mulher.
6. Não oferecer acupuntura, acupressão ou hipnose durante o TP. Mas se uma mulher quiser usar alguma dessas estratégias, apoiar a sua escolha;
7. Apoiar a utilização de musicoterapia, nomeadamente música escolhida pela mulher para o TP;
8. Oferecer à mulher a oportunidade de usar a água durante o TP para alívio da dor:
 - . Para estas mulheres, recomenda-se a monitorização da temperatura da mulher e da água a cada hora para garantir que a mulher esteja confortável e apirética. A temperatura da água não deve estar acima de 37,5°C;
 - . Manter as banheiras ou piscinas de parto limpas, usando um protocolo estabelecido entre o departamento de controlo de infeção e, no caso de piscinas de parto, de acordo com as instruções do fabricante.

Na fase latente do primeiro estágio sugeriu-se a utilização de água quente para alívio da dor, do chuveiro, contudo não é possível a monitorização da temperatura da mesma pelo que se sugeriu à parturiente que optasse por uma temperatura da água que lhe fosse confortável. Foi possível acompanhar uma mulher em trabalho de parto que optou por trazer consigo um aparelho TENS, ajustando o local de aplicação conforme a sua posição e a localização da dor ao longo do processo. Esta estratégia permitiu-lhe personalizar o

alívio da dor, contribuindo para uma maior sensação de controle e bem-estar durante o trabalho de parto.

Além disso, várias parturientes e seus acompanhantes significativos recorreram à musicoterapia como método de relaxamento, beneficiando do impacto positivo da música na redução da ansiedade e no favorecimento de um ambiente mais tranquilo. Também foi possível acompanhar a experiência de uma parturiente que escolheu a meditação guiada ao longo do trabalho de parto, demonstrando como diferentes abordagens não farmacológicas podem ser utilizadas de forma complementar para promover conforto e minimizar a percepção da dor.

Fica assim evidente a importância da personalização do alívio da dor durante o trabalho de parto, destacando o papel das estratégias não farmacológicas na promoção do bem-estar materno. A utilização do TENS, da musicoterapia e da meditação guiada reflete a necessidade de oferecer às parturientes opções diversificadas, respeitando as suas preferências e promovendo um ambiente mais humanizado.

Além disso, reforça a ideia de que o controle da dor não deve ser unicamente medicamentoso, mas sim adaptado a cada mulher, considerando as suas crenças, expectativas e conforto. A possibilidade de escolha e participação ativa no processo do parto contribui para uma experiência mais positiva e empoderadora, enfatizando o papel do EEESMO na facilitação dessas práticas.

Embora as estratégias não farmacológicas de alívio da dor tenham sido amplamente utilizadas e incentivadas, nem sempre se revelaram suficientemente eficazes para todas as parturientes. Dada a individualidade da experiência de dor, algumas mulheres podem necessitar de intervenções adicionais para garantir conforto e bem-estar durante o trabalho de parto. Nessas situações, e após pedido expresso da mulher, optou-se pelo recurso à analgesia farmacológica, independentemente da fase do trabalho de parto, sendo a analgesia. Esta abordagem reforça a importância da personalização dos cuidados, assegurando que a experiência do parto seja adaptada às necessidades e preferências de cada mulher, sempre com um equilíbrio entre segurança e autonomia na tomada de decisões.

A analgesia epidural é uma técnica invasiva para aliviar a dor durante o TP, na qual a medicação é administrada na região epidural da coluna lombar (Sng et al., 2014). Nesse

contexto, é possível "colaborar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor" (OE, 2019, p. 3.1.6).

Perante as várias modalidades de analgesia epidural existentes, destaca-se a *walking* epidural, também conhecida como *mobile* epidural. Esta técnica oferece uma abordagem inovadora no alívio da dor durante o TP, permitindo que a parturiente beneficie dos efeitos analgésicos da epidural sem comprometer completamente a mobilidade das pernas. Ao contrário da técnica de epidural tradicional, que pode causar um entorpecimento significativo e limitar a mobilidade, a *walking* epidural utiliza uma combinação de doses menores de anestésicos e opióides (Machado, 2013). A *walking* epidural é técnica implementada na instituição onde foi realizado o ENP, estando disponível para todas as mulheres que a desejem. Como parte do processo de assistência, foi fornecida uma explicação detalhada à parturiente sobre a técnica, os seus benefícios, limitações e possíveis efeitos colaterais, garantindo que a sua decisão fosse informada e autónoma. A estudante em formação desempenhou um papel ativo neste contexto, assegurando intervenções interdependentes essenciais para a realização do procedimento. Atuou como intermediário na comunicação, esclarecendo dúvidas da parturiente com linguagem acessível e adaptada às suas necessidades. Além disso, foi responsável pela organização do material necessário, incluindo o kit de epidural, soluções salinas e anestésicas. Como parte da preparação para o procedimento, a estudante cateterizou uma veia periférica previamente à abordagem do neuroeixo e administrou uma solução polielectrolítica com glucose a 5% por via endovenosa (OE, 2020). Após a administração da analgesia, realizou a avaliação do nível sensitivo e motor do bloqueio, monitorizando a resposta da parturiente 20 minutos após cada bólus e, posteriormente, de hora a hora na perfusão contínua, utilizando a escala de Bromage: 0=Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés), 1=Bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos), 2=Bloqueio quase completo (apenas capaz de mexer os pés), 3=Bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés) (OE, 2020).

A orientação nº 018/2020 de 22/04/2020 da OE estabelece a necessidade de cateterização de uma veia periférica na fase latente do TP. Porém, a aplicação desta recomendação não é uniformemente padronizada em todas as instituições. Caso se trate de um parto que segue uma vertente não medicalizada, e a parturiente é considerada de baixo risco, não existe obrigatoriedade na colocação de um acesso venoso periférico,

sendo esta uma decisão que respeita a autonomia da mulher. Nestes contextos, o acesso venoso periférico pode não ser realizado, desde que tal seja a escolha informada da mulher e não existam fatores que justifiquem a sua necessidade.

Contudo, a instituição onde foi realizado o ENP definiu quatro situações específicas em que a colocação de um cateter venoso periférico é fortemente recomendada: indução/aceleração do TP; positividade na colheita por zaragatoa para estreptococos grupo B; analgesia epidural; e sempre que a situação clínica materno-fetal o recomendar.

Seguindo o mesmo princípio, a utilização da monitorização fetal externa, intermitente ou contínua, foi cuidadosamente avaliada pelos profissionais e pela estudante em formação. Se se tratasse de uma evolução de TP de forma espontânea, mantinha-se a premissa de que seria necessária uma avaliação intermitente; caso se tratasse, por exemplo, de uma indução de TP, era realizada monitorização contínua. As recomendações da WHO (2018b) reforçam que a monitorização fetal externa contínua não é recomendada para mulheres de baixo risco durante o TP. Em vez disso, é recomendada a auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais, utilizando um Doppler fetal ou um estetoscópio de Pinard, métodos considerados suficientes para garantir a segurança materno-fetal, ao mesmo tempo que minimizam intervenções desnecessárias. Na ULS onde decorreu o ENP, o doppler fetal foi o método preferencial para a auscultação intermitente, inclusive em mulheres que recorreram a imersão em água durante o TP. Esta prática está alinhada com as diretrizes de humanização do parto, permitindo que as mulheres mantenham liberdade de movimento, ao mesmo tempo que se assegura um acompanhamento seguro e eficaz do bem-estar fetal.

Foram desenvolvidas e aprimoradas competências na avaliação do bem-estar materno-fetal, recorrendo a meios clínicos e técnicos apropriados (OE, 2019). Entre essas competências, destaca-se a interpretação dos traçados de cardiotocografia, permitindo a deteção precoce de sinais de alerta e a identificação antecipada de possíveis complicações. Nos casos em que ultrapassavam a área de atuação do EEESMO, foi assegurada a referenciação atempada para a equipa multidisciplinar (OE, 2019), garantindo uma resposta rápida e eficaz.

Neste contexto, surgiu a oportunidade de analisar diferentes padrões nos registos cardiotocográficos, incluindo: variabilidade reduzida ou aumentada; desacelerações

precoces, variáveis e tardias; bradicardia e taquicardia fetais; taquissistolia ou hipertonia uterina. Através da integração do conhecimento teórico e prático, foi possível atuar de forma precisa e fundamentada, adotando medidas preventivas para minimizar riscos numa lógica de prevenção de complicações, otimizando a segurança materno-fetal.

Na generalidade, os traçados mais comuns foram os considerados “normais”, caracterizados por uma linha média base entre 110-160 batimentos por minuto, boa variabilidade, entre 5 e 25 batimentos por minuto, e ausência de desacelerações. Estes padrões indicam um bem-estar fetal adequado e uma progressão do trabalho de parto sem intercorrências.

Um traçado suspeito apresenta alterações isoladas em apenas um dos critérios de normalidade, sem evidencia de comprometimento do bem-estar fetal (Ayres-de-Campos et al., 2015). Houve a oportunidade de analisar vários traçados suspeitos e patológicos, que se caracterizavam sobretudo por desacelerações prolongadas, tardias ou repetidas. Perante qualquer desvio da normalidade, foi necessário agir em conformidade, atuando de forma célere e coordenada, comunicando à equipa médica e informando a grávida e seu acompanhante, garantindo um processo transparente e seguro. Na maioria dos casos, foi possível reverter o padrão cardiotocográfico através da implementação de intervenções geridas pelo EEESMO, tais como: interromper perfusão de ocitocina/prostaglandinas e/ou alternar a posição da parturiente, colocando-a, por exemplo, em decúbito lateral esquerdo ou na posição de quatro apoios. Nos casos em que estas medidas não resultavam na reversão do traçado, era solicitada a presença médica imediata devido ao elevado risco de hipóxia fetal e às potenciais consequências para o bem-estar do feto (Ayres-de-Campos et al., 2015).

De acordo com Ayres-de-Campos et al. (2015) os fatores que podem conduzir a uma hipóxia fetal aguda são: posição supina materna, hipotensão materna súbita, atividade uterina excessiva e esforços expulsivos maternos durante a segunda fase do TP. Segundo o mesmo autor a causa mais frequente de hipóxia fetal é a atividade uterina excessiva, percebida como taquissistolia num traçado de cardiotocografia. Caracteriza-se pela existência de mais do que 5 contrações em 10 minutos, em dois períodos sucessivos de 10 minutos, ou, em média, durante um período de 30 minutos, que podem levar à diminuição da perfusão placentária de forma transitória e/ou causar compressão do cordão umbilical (Ayres-de-Campos et al., 2015). Foi possível verificar três casos que

envolveram uma situação de taquissistolia, que foi reportada à equipa médica por exceder a área de competência de atuação do EEESMO.

De acordo com a OMS (WHO, 2015), a utilização da amniotomia e da ocitocina é recomendada para o tratamento do atraso confirmado no trabalho de parto. A estimulação das contrações uterinas por meio da ocitocina e da amniotomia é uma alternativa clínica viável quando a progressão do parto está comprometida devido à ausência de contrações uterinas regulares. Antes da realização do procedimento, a parturiente foi informada sobre a necessidade da intervenção e seu consentimento foi obtido. Durante a amniotomia, foi possível desenvolver a competência técnica para sua execução, além de avaliar as características do líquido amniótico e a resposta fetal ao procedimento.

De acordo com o NICE (2023), o segundo estadio do TP ocorre quando há dilatação completa sem (estadio passivo) ou com (estadio ativo) de esforços expulsivos. O segundo estadio passivo do TP pode durar até 2 horas em mulheres com epidural que foram aconselhadas a adiar o início dos esforços expulsivos. O início do segundo estadio ativo do TP ocorre quando o RN se torna visível, ou há esforços expulsivos involuntários ou ativos acompanhados de dilatação completa.

A partir do momento em que a parturiente inicia os esforços expulsivos, permaneceu-se ao seu lado de forma contínua, auxiliando-a na utilização de estratégias não farmacológicas para controlo da dor e na adoção de diferentes posições durante este estadio. Além disso, proporcionou-se apoio através do uso de estratégias de *coping* para que a mulher se sentisse mais confiante e pudesse vivenciar o TP de maneira mais positiva e com maior envolvimento. Para isso, durante o TP explicou-se cada etapa do processo e os procedimentos realizados; elogiou-se os esforços da mulher e destacou-se a sua força e progresso. A estudante esteve presente para ouvir e validar as emoções da mulher, acolhendo medos e preocupações, sem julgamentos.

Durante a segunda fase do TP, conforme recomendado pela OMS, (WHO, 2018b), o EEESMO mantém uma abordagem centrada na mulher, considerando as suas necessidades emocionais e físicas e avalia o progresso do TP, levando em conta a posição fetal no início da segunda fase. Para isso, foi necessário considerar os planos de Hodge, que indicam a relação entre a apresentação fetal e uma linha imaginária traçada entre as duas espinhas isquiáticas maternas (Lowdermilk e Perry, 2006). Este foi o aspeto que

apresentou maior dificuldade, uma vez que requer grande habilidade e experiência para identificar com precisão as estruturas pélvicas envolvidas. No entanto, esta dificuldade não foi encarada como um obstáculo, mas sim como uma oportunidade de aprendizagem, incentivando a procura contínua de conhecimento e a prática clínica necessárias para desenvolver competências na realização de uma avaliação obstétrica adequada. Este estadio do TP é o mais aguardado, representando o ápice de todo o esforço. Marca o nascimento de uma vida e a transformação de um casal em pais. O documento do NICE (2023) apresenta recomendações relevantes, que foram consideradas na prática clínica, particularmente no que diz respeito à prevenção e redução do trauma perineal associado a esta fase do TP. Essas recomendações incluem:

- Discutir as preferências e opções da mulher quanto às estratégias para evitar o trauma perineal durante o parto;
- Providenciar a aplicação de compressas quentes e húmidas no períneo e manter a aplicação até ao nascimento, verificando se a temperatura das compressas se mantém confortável para a mulher;
- Considerar a possibilidade de massajar o períneo com um lubrificante solúvel em água durante a segunda fase do segundo estadio do TP;
- Não está recomendada a aplicação de lidocaína tópica para reduzir a dor na segunda fase do segundo estadio do TP;
- Informar a mulher com história de trauma perineal severo de que o risco de repetir um trauma perineal severo em num parto subsequente não é maior quando comparado com uma mulher que irá ter o primeiro parto vaginal;
- Não realizar uma episiotomia de rotina;
- Realizar episiotomia se houver necessidade clínica, como um parto por fórceps ou ventosa ou suspeita de comprometimento fetal.

Aquando da assistência ao parto na posição semi-sentada, foi frequente o uso da técnica de proteção do períneo – designada *hands-on* - pese embora a literatura não seja consistente nesse âmbito. Aliás, segundo Aasheim et al. (2017), não houve diferença significativa entre as técnicas *hands-on* e *hands-off* em relação à prevenção do trauma perineal. Embora a abordagem *hands-on* tenha sido associada a uma taxa mais alta de

episiotomia, não foi observada uma diferença clara entre as taxas de períneo intacto e os diferentes graus de lacerações perineais. Embora a literatura apresente certa inconsistência em relação a esta abordagem, a percepção é de que a prática e a repetição das intervenções são os elementos que realmente proporcionam a confiança necessária para, no futuro, adotar uma abordagem mais *hands off*.

Durante o estágio, não houve qualquer ocorrência de lacerações de grau 3 ou 4, assim como não foi realizada uma única episiotomia pela estudante em formação. A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo realizada no final do segundo estadio do TP, a fim de alargar o orifício vaginal (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2017). De acordo com a norma da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal (2017) a episiotomia deverá ser realizada por indicação e não como rotina. Essas indicações incluem a) o encurtamento do segundo estadio de TP quando existe suspeita de hipóxia fetal (porém a evidência é de baixa qualidade e de fraca recomendação); b) a prevenção da lesão do esfíncter anal nos partos vaginais distócicos ou em situações em que ocorreu lesão do esfíncter anal em partos anteriores.

Após o nascimento, mediante o índice de Apgar do RN e as condições maternas, foi promovido o contacto pele com pele, na primeira hora de vida. Em relação ao contacto pele com pele, a evidência científica diz-nos que esta prática traz benefícios, como a promoção da amamentação, a regulação térmica do RN, a redução do stress materno e a promoção do vínculo entre mãe e filho (Widström et al., 2019). Este período, sensível e biologicamente determinado, é chamado de *golden hour* e foi assegurado em todos os partos assistidos, demonstrando o cumprimento das práticas assistenciais de qualidade por parte dos profissionais intervenientes.

A WHO (2018b) recomenda fortemente a clampagem tardia do cordão umbilical ou, pelo menos, que este não aconteça antes do primeiro minuto de vida, independentemente da via de parto. A clampagem tardia está associada a benefícios neonatais significativos, sobretudo no caso de RN prematuros, incluindo uma melhor transição da vida intrauterina para a extrauterina, uma melhor reposição do volume de glóbulos vermelhos, uma diminuição da necessidade de transfusão de sangue e uma menor incidência de enterocolite necrosante e de hemorragia intraventricular (ACOG, 2020). A recomendação é baseada na compreensão de que o atraso da clampagem do cordão umbilical permite a passagem continuada do sangue da placenta para o RN durante mais 1 a 3 minutos após

o nascimento. Esse breve atraso é conhecido por aumentar as reservas de ferro em até 50% aos 6 meses de idade nas crianças nascidas de termo (WHO, 2014). Sendo, então, uma prática fortemente recomendada e com a demonstração científica de riscos pouco significativos, a clampagem tardia do cordão umbilical foi adotada amplamente pelos profissionais da instituição onde decorreu o ENP. Há casos descritos em que se deve considerar a clampagem tardia do cordão, como, por exemplo, no caso de instabilidade hemodinâmica, hemorragia ou ambos, e anormal implantação da placenta (condições maternas) ou necessidade de reanimação neonatal (condições do RN) (ACOG, 2020). Tendo por base estas indicações, a clampagem tardia do cordão foi realizada sempre que as condições clínicas o permitiram e segundo desejo e envolvimento da mãe e do convivente significativo. No caso de uma suspeita de hipoxia fetal grave, uma vez que o RN necessitava de ventilação com pressão positiva eficaz não se pôde proceder à clampagem tardia.

O terceiro estadio do TP corresponde à dequitação e ocorre desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta. O tempo do terceiro estadio é variável, podendo demorar entre 5 minutos e 1 hora. Estes tempos são considerados dentro dos limites fisiológicos, se a perda de sangue não for excessiva (Graça, 2017). Durante o terceiro estadio do TP, avaliam-se sinais de descolamento da placenta, sendo eles: hemorragia de separação; elevação do fundo uterino 2-3cm acima da linha média umbilical; presença de contrações uterinas; prolongamento evidente do cordão umbilical; alteração da forma do útero, que passa de uma forma discóide para ovóide (Sequeira et. al, 2020). Após a saída da placenta, avalia-se o tipo de descolamento ocorrido – Schultze ou Duncan, as características e integridade da placenta, a formação do globo de segurança de Pinard e a quantidade estimada de sangue perdido.

O período após a dequitação foi monitorizado continuamente devido ao risco aumentado de hemorragia. Segundo Tharpe et al. (2013), a expulsão da placenta pode provocar uma perda acentuada de sangue antes ou após a sua saída. As recomendações da WHO (2018b) indicam que a administração de uterotónicos é fortemente recomendada a prevenção da hemorragia pós-parto em todos os partos, sendo a ocitocina o fármaco de eleição. Além da WHO, Gülmezoglu et al. (2012) e Aflaifel e Weeks (2012) sugerem que o terceiro estadio do TP requer uma gestão ativa, que consiste na administração de ocitocina (10 unidades por via endovenosa ou intramuscular), iniciada após a

exteriorização do feto e antes da clampagem do cordão umbilical. Esta intervenção é considerada, por todos os autores referenciados, a intervenção chave para a prevenção de hemorragia pós-parto. Apesar disso, não se verificou a transversalidade desta prática, sendo que a prática comum era utilizar uterotônicos em casos de perda de sangue aumentada ativa ou em mulheres múltíparas. Apesar disso, a percepção é de que alguns dos casos de perda aumentada teria sido prevenida pelo uso atempado de ocitocina, questão que foi debatida com a EEESMO orientadora e bem aceite do ponto de vista científico.

Após uma avaliação detalhada das regiões perineal e vaginal, procedeu-se à reparação dos tecidos atingidos. Durante a reparação, o foco era a reconstrução anatômica dos tecidos com o respetivo controlo hemorrágico. Houve a necessidade de, em casos pontuais, pedir parecer ou colaboração da equipa médica pela extensão e complexidade da lesão de tecidos. Mais uma vez, destaca-se a relevância do trabalho interdisciplinar e a importância de ambos os profissionais se complementarem para alcançar a excelência.

O quarto estadio corresponde ao puerpério imediato e engloba as duas primeiras horas após a saída da placenta e das membranas amnióticas (Graça, 2017). Estas duas primeiras horas são passadas na unidade do BP, sob vigilância de um EEESMO. Tal como recomenda a WHO (2018b), a todas as mulheres no pós-parto deve ser assegurada uma avaliação regular da hemorragia vaginal, da contratilidade/involução uterina e dos sinais vitais, durante as primeiras 24 horas. Prestaram-se cuidados de higiene e conforto à puérpera, garantiu-se a sua alimentação, respeitou-se os momentos de descanso e foi apoiada no seu novo papel como mãe, enquanto se mantinha a vigilância adequada. Havendo condições clínicas para realizar o primeiro levante no pós-parto, este era realizado assim que a mulher se sentisse bem e expressasse vontade de o fazer.

Durante as duas horas iniciais do pós-parto, foram feitos esforços para garantir que a primeira mamada ocorresse na primeira hora de vida do RN. Esta prática, amplamente recomendada por organizações como a UNICEF (s.d), contribui para o estabelecimento da lactação, reforço do vínculo mãe-bebé e fortalecimento do sistema imunitário neonatal.

Na grande maioria dos partos assistidos, foi possível concretizar esta recomendação, evidenciando o conhecimento das parturientes sobre a relevância desse momento, além de um empenho conjunto de equipa de saúde para a sua concretização. Nos casos em que

o recém-nascido necessitou de estabilização imediata, foram priorizados os cuidados neonatais essenciais, incluindo aquecimento, monitorização dos sinais vitais, administração de oxigénio ou suporte ventilatório, conforme necessário, e acompanhamento da adaptação neonatal até à recuperação clínica. Assim que o estado do RN permitiu, procurou-se facilitar o contacto pele a pele com a mãe e promover a amamentação o mais precocemente possível. Em algumas situações, incentivou-se a extração manual do colostro, que foi administrado ao RN via copinho ou colher, garantindo os seus benefícios imunológicos e nutricionais.

Nos casos em que a mãe optou por não amamentar, a abordagem centrou-se em fornecer informação clara e isenta de julgamentos, respeitando a sua escolha informada. Além disso, foram dadas orientações sobre a alimentação alternativa, nomeadamente a fórmula infantil, garantindo que a mãe conhecesse as melhores práticas para a sua preparação e administração seguras. Por fim, assegurou-se um apoio emocional adequado, acolhendo a decisão da parturiente sem pressões e proporcionando suporte para evitar desconfortos físicos, como a ingurgitação mamária.

A experiência reforçou a importância da promoção da amamentação precoce, sempre respeitando a individualidade e as necessidades de cada mãe e bebé, garantindo um cuidado humanizado e baseado na melhor evidência científica disponível.

Por fim, a puérpera foi transferida para o serviço de internamento, fazendo-se acompanhar do RN e do convivente(s) significativo(s), garantindo a continuidade de cuidados, através da documentação dos cuidados de enfermagem e da passagem de informação aos enfermeiros do respetivo serviço.

2.3 A prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN

No contexto do estágio, os cuidados de enfermagem especializados fornecidos ao RN foram fundamentais para o desenvolvimento de competências que favoreceram a sua adaptação à vida fora do útero. A avaliação do índice de Apgar, realizada ao 1º, 5º e 10º minuto de vida, revelou ser um indicador essencial da vitalidade do RN e da sua adaptação imediata à vida extra-uterina (Lowdermilk & Perry, 2008). Essa avaliação mostrou-se especialmente importante nos casos em que houve alterações dos parâmetros vitais do RN, permitindo uma resposta intervenção rápida e eficaz.

Um exemplo concreto dessa abordagem ocorreu com um RN que nasceu com cianose periférica, respiração fraca e hipotônico, mas com frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto e reflexo de irritabilidade ao estímulo. A intervenção incluiu aspiração de secreções das vias aéreas, estímulos táteis e aquecimento com recurso a lençóis quentes e fonte de calor. No 5º minuto, a reavaliação do índice de Apgar registou uma melhoria para 8, com respiração mais regular, tônus muscular melhorado e reflexos mais ativos, embora ainda com alguma cianose periférica. Mantiveram-se as medidas de aquecimento e estimulação tátil; e no 10º minuto, o índice de Apgar subiu para 9, indicando uma adaptação neonatal satisfatória.

Este caso evidencia a importância da monitorização contínua e das intervenções dirigidas ao bem-estar neonatal, permitindo atuar de forma imediata e eficaz para garantir uma transição segura do RN para a vida extrauterina.

A aspiração neonatal no momento do nascimento foi realizada apenas em situações específicas, nomeadamente quando o líquido amniótico apresentava alterações ou quando o recém-nascido (RN) não iniciava a respiração espontânea de forma autónoma. No entanto, o NICE (2023) é perentório nas recomendações sobre os casos em que o líquido amniótico apresenta mecónio, independentemente da quantidade: não aspirar as vias aéreas superiores do RN (nasofaringe e orofaringe) antes do nascimento dos ombros e do tronco; não aspirar as vias aéreas superiores do RN (nasofaringe e orofaringe) se estiver a respirar; não aspirar se a frequência cardíaca e tônus dentro de parâmetros normais; não intubar se o RN tiver respiração, frequência cardíaca e tônus dentro de parâmetros normais.

Alinhado com estas recomendações e dentro de uma lógica de cuidados seguros, foram assegurados a verificação prévia dos equipamentos e a preparação do material potencialmente necessários, garantindo que os equipamentos de reanimação neonatal estivessem funcionais e prontos para uso, caso fosse necessário intervir.

Observou-se que a maioria das mulheres e convivente(s) significativo(s) demonstrava conhecimentos sobre a importância da primeira hora de vida e do contacto pele com pele, reconhecendo os seus benefícios. Esta prática está alinhada com as recomendações da WHO (2018b), que preconiza que o RN sem complicações deve ser mantido em contacto pele com pele com a mãe durante a primeira hora de vida.

De acordo com Cooijmans et al. (2017), o contacto pele com pele favorece o início da amamentação, aumentando a taxa de sucesso na amamentação exclusiva. Os RN que beneficiam desta prática começaram a mamar mais cedo e apresentam uma maior continuidade da amamentação exclusiva ao longo do tempo. Além disso, os RN que permaneceram em contacto pele com pele com a mãe conseguiram manter uma temperatura corporal mais estável. Verificou-se também que os indicadores de stress neonatal foram mais baixos, o que sugere que esta prática pode reduzir o stress e promover um estado mais tranquilo para o RN.

Além dos benefícios para a alimentação do RN, o contacto pele com pele demonstrou ser fundamental para o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o RN; proporcionando uma ligação emocional mais intensa e um maior bem-estar emocional materno. As mulheres que participaram no grupo de contacto pele com pele relataram uma melhor recuperação pós-parto, reforçando os efeitos positivos desta prática na recuperação física e emocional.

Ainda segundo os autores, o contacto pele com pele auxilia na regulação da temperatura corporal do RN, garantindo uma adaptação mais estável à vida extrauterina. Deste modo, reforça-se a relevância da promoção ativa desta abordagem logo após o nascimento, assegurando que seja aplicada de forma consistente e respeitando as condições clínicas da mãe e do bebé, de forma a maximizar os benefícios fisiológicos e emocionais.

Os RN que permaneceram em contacto pele com pele com a mãe conseguiram manter uma temperatura corporal mais estável; os indicadores de stress neonatal foram mais baixos em RN que receberam contacto pele com pele, o que sugere que o contacto pele com pele pode ajudar a reduzir o stress e promover um estado mais calmo para o RN; e por último, as mulheres no grupo de contacto pele com pele mostraram sinais de melhor recuperação pós-parto (Cooijmans et al. 2017).

A equipa de EEESMO e a estudante em formação mantiveram-se atentos à importância da implementação consistente do contacto pele com pele, assegurando que esta prática fosse promovida sempre que possível, incluindo nos casos de parto por cesariana. No entanto, importa referir que, o contacto pele com pele entre a mãe e o RN não ocorria no bloco operatório, devido à ausência de um fluxograma organizacional entre os serviços

hospitalares envolvidos. Atualmente, este é um projeto em desenvolvimento pelo serviço de GINOBS com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados especializados em ESMO. Como alternativa, nessas situações, foram criadas condições para o pai pudesse realizar o contacto pele com pele com o RN, garantindo que o mesmo beneficiasse desta prática fundamental. Assim, nos casos de cesarianas eletivas, urgentes ou emergentes, os pais foram informados, questionados e incentivados a estabelecer contacto pele com pele, assim que o RN chegasse ao BP. Esta interação ocorreu num espaço calmo e privado, enquanto aguardavam o regresso da mãe. De forma geral, a iniciativa foi bem acolhida pela maioria dos pais, que expressaram a alegria e satisfação por poderem participar ativamente neste momento tão significativo, reforçando o vínculo precoce com o recém-nascido e contribuindo para uma experiência de parto mais humanizada e positiva.

Em algumas situações, foram identificadas alterações morfológicas nos RN, tais como sindactilia, previamente detetada durante a gravidez, e suspeita de deiscência da sutura parietal, que foi posteriormente confirmada. Estas condições foram encaminhadas para vigilância e tratamento especializado, conforme recomendado pela OE (2019), que estabelece que o EEESMO orienta e identifica alterações morfológicas e funcionais do RN, referenciando aquelas que excedem o seu campo de atuação (alínea 3.2.10).

Durante o ENP, os cuidados imediatos ao RN foram prestados na presença dos pais, com foco nas necessidades identificadas, mas sempre priorizando a inclusão da díade. Após a primeira hora de vida, o pai ou o convivente significativo teve a oportunidade de participar nos primeiros cuidados ao RN, fortalecendo o vínculo familiar e incentivando a sua participação ativa no processo de adaptação neonatal. Segundo Aydin (2017), o RN pode vivenciar traumas durante o parto, que podem resultar, a curto prazo, em sentimentos de insegurança, medo e dificuldades no apego maternal e na regulação emocional. A longo prazo, estes traumas podem afetar negativamente as competências sociais e cognitivas, podendo ainda contribuir para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos. O autor aborda vários tipos de traumas que um RN pode enfrentar, incluindo:

Trauma psicológico: O nascimento pode ser uma experiência stressante e potencialmente traumática para o RN devido à transição abrupta do ambiente uterino para o mundo exterior. Isso pode resultar em sentimentos de medo e insegurança.

. Trauma físico: Durante o parto, o RN pode sofrer lesões físicas, como contusões, fraturas ou síndrome de dificuldade respiratória, especialmente em partos complicados ou prolongados.

. Trauma do ambiente: A exposição a ambientes adversos, como um ambiente hospitalar hostil ou a falta de contacto imediato com a mãe, pode impactar negativamente o bem-estar emocional e físico do RN.

. Trauma de separação: Se o RN for separado da mãe logo após o nascimento, devido a procedimentos médicos ou outros fatores, isso pode causar estresse e dificuldade em estabelecer vínculo inicial.

Aydin (2017) destaca a importância de uma abordagem cuidadosa durante e após o nascimento para minimizar esses impactos. Por esta razão, Aydin et al. (2017) sugerem que os profissionais de saúde tenham em consideração as seguintes condições:

- a) As unidades do BP devem ser tranquilas, com iluminação suave e, se possível, música em baixo volume;
- b) Após o nascimento, é crucial garantir o contacto pele a pele, desde que o RN esteja bem, aguardando o corte do cordão umbilical. Isto permite que o RN ajuste a respiração e previne o choque pela falta repentina de oxigénio fornecido pelo cordão;
- c) Colocar o RN sobre o tórax da mãe permite que este ouça um batimento cardíaco familiar e relembre o útero.

Durante o estágio, a maior parte das recomendações foi amplamente seguida, conforme mencionado anteriormente neste RENP. Um exemplo disso foi a abordagem à musicoterapia, cuja utilização foi deixada ao critério da mulher e dos seus acompanhantes significativos, respeitando as suas preferências individuais. Esta decisão fundamenta-se no facto de que o que pode ser relaxante para uma pessoa pode não o ser para outra, reforçando o princípio de que “não há nada mais desigual do que tratar todas as mulheres de forma igual”.

O papel do EEESMO nos cuidados imediatos ao RN é multifacetado e essencial para garantir a saúde e o bem-estar neonatal desde o nascimento. O conhecimento especializado deste profissional não só assegura uma transição suave e segura para o RN,

como também oferece suporte crucial à família, promove práticas baseadas em evidências e contribui para a evolução contínua dos cuidados neonatais.

2.4 Prestação de cuidados especializados no âmbito dos cuidados de saúde primários

A última fase do ENP decorreu ao longo de quatro semanas, numa USF do distrito de Braga. A equipa desta USF é constituída por oito enfermeiros, dos quais dois são EEESMO e asseguraram o processo de tutoria durante o estágio. Atualmente, a USF dá resposta às necessidades de 16407 utentes inscritos e tem por missão garantir cuidados de saúde personalizados à população da área geográfica abrangida, assegurando acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, n.d.). A escolha de finalizar o estágio nesta unidade deveu-se à necessidade de cumprir os números mínimos exigidos de experiências para a obtenção do título de especialista, proporcionando oportunidades para consolidar e refinar competências científicas, técnicas, relacionais e educacionais no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Durante um estágio anterior na mesma USF, houve diversas oportunidades para prestar cuidados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, do planeamento familiar e da adaptação à gravidez. No entanto, o contacto com a assistência pré-natal foi limitado, não atendendo plenamente às exigências das diretrizes europeias. Deste modo, acreditou-se que uma nova experiência nesse contexto de atuação proporcionaria benefícios adicionais no aprimoramento das competências desenvolvidas anteriormente e na aquisição de novas habilidades, especialmente no domínio da assistência pré-natal. Esta oportunidade reforçou a importância da continuidade formativa no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, contribuindo para uma abordagem mais completa e especializada na prestação de cuidados à mulher durante a gravidez.

O regulamento n.º 391/2019 da OE estabelece que o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional” e “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”. Ao longo do ENP, foi possível alcançar o objetivo de aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/família em contexto de consulta pré-natal OE (2019). Durante essas

consultas, procurou-se oferecer uma assistência personalizada, com foco na promoção da saúde e do bem-estar pessoal e familiar. Ao mesmo tempo, trabalhou-se para fortalecer o potencial da díade, visando uma experiência positiva na transição para a parentalidade.

A consulta de vigilância pré-natal foi operacionalizada, tendo em consideração a idade gestacional, as necessidades identificadas e o nível de conhecimento prévio do casal. O objetivo principal destas consultas foi preparar e capacitar a grávida e o(a) parceiro(a) para a adaptação à gravidez, ao parto e ao pós-parto, além de promover uma gravidez saudável e minimizar os desconfortos gravídicos. Os temas abordados incluíram: as mudanças corporais, fisiológicas e emocionais associadas à gravidez; o autocuidado higiene, atividade física, sexualidade e alimentação; o aleitamento materno; e os cuidados com o RN. Eram abordadas, também, questões mais direcionadas, tendo por base as necessidades de cada casal. A consulta pré-natal revelou-se uma excelente oportunidade para o EEESMO se aproximar do casal e da futura família, conhecer o casal e as especificidades do seu contexto e trabalhar possíveis questões que poderão precisar de mais atenção e intervenção.

O preenchimento correto e completo do boletim de saúde da grávida assegura a comunicação eficiente das informações clínicas da grávida e facilita a coordenação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, otimizando a vigilância da gravidez. Este boletim incorpora informações pessoais da grávida, histórico familiar, antecedentes pessoais e todos os parâmetros necessários para a avaliação da gravidez, com foco no bem-estar materno-fetal.

De acordo com a OE (2021) no documento intitulado *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, a assistência pré-natal em ESMO é concebida como um conjunto estruturado de cuidados criados e implementados pelo EEESMO. Estes cuidados abrangem diferentes fases, incluindo; planeamento familiar e autocuidado no período pré-concepcional, de modo a conseguir as melhores condições de saúde para engravidar; acompanhamento da gravidez, através da avaliação da sua evolução, e da promoção da adaptação à gravidez; e na facilitação da adaptação à parentalidade, promovendo o desenvolvimento das competências parentais. No exercício da sua profissão e no cumprimento do seu mandato social, o EEESMO presta cuidados à mulher e ao seu núcleo familiar e comunitário, ao longo do período pré-natal. O seu objetivo é promover a saúde materno-fetal, identificar e tratar precocemente possíveis complicações, garantindo o bem-estar materno-fetal. Além disso, procura

facilitar a adaptação à gravidez e à parentalidade, bem como preparar a grávida para o parto, incluindo a elaboração do plano de parto. (OE, 2021). A monitorização e avaliação do bem-estar materno-fetal foram realizadas através de intervenções da competência do EEESMO, garantindo um acompanhamento rigoroso da gravidez. Estas incluíam a monitorização dos sinais vitais e da altura do fundo uterino, permitindo um cálculo aproximado da idade gestacional e da evolução do crescimento fetal; a execução das manobras de Leopold, essenciais para identificar ou confirmar a posição e a apresentação do feto, contribuindo para a previsão de possíveis intercorrências no parto; e a auscultação da FCF, fundamental para avaliar a vitalidade do feto e garantir uma resposta atempada a qualquer alteração. Todos os procedimentos foram realizados, em ambiente de privacidade, e após uma explicação prévia, procurando minimizar qualquer desconforto e assegurar o consentimento informado.

Na USF onde foi realizado este ENP, é muito comum realizar a primeira consulta de puerpério no domicílio uma vez que os cuidados de saúde primários desempenham um papel essencial na transição para a parentalidade e na prevenção de complicações, oferecendo suporte material, informativo, emocional e afetivo. A visita domiciliária, idealmente realizada até ao terceiro dia após a alta hospitalar, vai além de procedimentos técnicos; envolve empatia, interesse e apoio, ajudando a puérpera a expressar suas necessidades (Almeida et al., 2012). Segundo os mesmos autores, o enfermeiro tem a responsabilidade de, no contexto domiciliário, apoiar os pais na identificação e interpretação dos sinais do RN, fornecendo estratégias para a interação e os cuidados, além de oferecer informações e reforçar as competências adquiridas. O número de experiências nesse âmbito foi mais reduzido uma vez que nem sempre foi possível acompanhar a visita por regras institucionais no transporte de profissionais. Porém, sempre que foi possibilitada a participação na visita domiciliária, tornou-se evidente a proximidade criada entre os profissionais e a família, permitindo uma melhor compreensão do ambiente familiar e das suas dinâmicas. Esta interação direta possibilitou a identificação de necessidades reais e a implementação de intervenções mais personalizadas e eficazes, reforçando a importância dos cuidados pós-natais no domicílio para uma transição segura e confiante para a parentalidade.

As consultas de puerpério foram realizadas com objetivos bem definidos, garantindo um acompanhamento integral da mulher, do recém-nascido (RN) e da família. Entre os principais propósitos destas consultas destacaram-se: Avaliar o bem-estar físico,

emocional e social da mulher/criança/família; corrigir ou tratar dificuldades ou desvios da normalidade durante o puerpério, intervindo precocemente em eventuais complicações; identificar situações de luto perinatal (morte da criança ou pessoa significativa para a puérpera) ou de internamento do RN para que recebessem intervenção específica. Os temas da sexualidade e do planeamento familiar não foram descuidados, referindo-se à possibilidade de iniciar um contraceptivo compatível com a escolha da mulher, o período de amamentação e as circunstâncias clínicas. A seleção do método contraceptivo é afetada por vários fatores que precisam ser levados em conta, como o processo fisiológico do pós-parto, o retorno da fertilidade, se a mulher está a amamentar de forma exclusiva, as expectativas do casal em relação ao reinício das relações sexuais e ao planeamento de uma possível gravidez futura (DGS, 2015).

Os registos de enfermagem foram realizados através da plataforma SAPE[®], garantindo um acompanhamento estruturado e sistemático dos cuidados prestados. Antes de cada contacto com a grávida, puérpera ou recém-nascido, era feita uma revisão da informação contida no plano de cuidados, assegurando que a assistência fosse adaptada às necessidades reais e potenciais da utente. Durante o atendimento, procurou-se responder de forma personalizada às necessidades identificadas, e, no final do contacto, o plano de cuidados era atualizado conforme necessário, garantindo a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

Face ao exposto em todos os subcapítulos, é fundamental reconhecer o papel crucial das EEESMO orientadoras durante todo esse percurso formativo. A relação estabelecida com as orientadoras revelou-se muito positiva e construtiva, demonstrando uma disposição constante para proporcionar experiências abrangentes e enriquecedoras. Esta relação de apoio e incentivo foi determinante para o alcance dos objetivos formativos, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de competências especializadas e para a construção da identidade profissional do EEESMO. O acompanhamento prestado pelas orientadoras permitiu um crescimento contínuo, consolidando a capacidade de atuar de forma autónoma, segura e baseada em evidência científica, sempre com foco na qualidade dos cuidados prestados à mulher, ao recém-nascido e à família.

3. Pressupostos teóricos - Teoria da Transição por Afaf Meleis.

A prática da enfermagem especializada deve estar fundamentada em bases teóricas sólidas, proporcionando um referencial estruturado para os cuidados prestados e permitindo uma análise crítica e reflexiva da prática clínica. No contexto deste relatório de estágio, a Teoria das Transições de Afaf Meleis apresenta-se como a mais adequada para sustentar os cuidados prestados e, por essa razão, merece uma exploração detalhada.

Afaf Meleis é amplamente reconhecida como uma das principais autoras no campo da Enfermagem, tendo desenvolvido trabalhos significativos que definem o conceito de transição, a sua aplicação e relevância na prática dos cuidados de Enfermagem (Meleis, 2013; Meleis et al., 2010).

A premissa de Meleis e Trangenstein (2010) de que a transição é um conceito central para a Enfermagem é significativa, pois foca-se no cliente que está a passar por um processo de transição, antecipando-o ou completando-o. Portanto, a transição torna-se um ponto de interesse para os enfermeiros, especialmente para os EEESMO, quando as respostas a esse processo se manifestam através de comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2013; Chick e Meleis, 1986).

3.1 A Parentalidade enquanto transição e o papel do EEESMO

Afaf Meleis, uma renomada teórica de Enfermagem, desenvolveu a Teoria de Transições que pode ser aplicada à parentalidade. Embora a autora não tenha desenvolvido uma teoria exclusiva sobre a transição para a parentalidade, a Teoria de Transições oferece contributos valiosos para compreender esta transição.

O foco de atenção em Enfermagem, que está relacionado ao fenómeno de ter um filho, é designado de parentalidade. Pela CIPE, a definição de parentalidade envolve quatro dimensões: (1) assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; (2) otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; (3) integrar a criança na família; e, (4) agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai (International Council of Nurses, 2011). Tornar-se mãe ou pai exige uma transição para novos papéis e responsabilidades. Para os que se tornam pais pela primeira vez, aquela que era uma relação saudável a dois pode tornar-se num evento crítico com a adição de um novo

membro da família (Nystrom & Ohrling, 2004). Embora todas as transições incorporem alterações na vida dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se mãe ou pai é uma transição especialmente crítica porque é de natureza permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais, como também na saúde e no desenvolvimento das respectivas crianças (Martins, 2009).

A Teoria das Transições é uma estrutura de médio alcance que permite a descrição, compreensão, interpretação e explicação de fenómenos específicos que são foco da prática de enfermagem (Im & Meleis, 1999). Esta teoria concentra-se nos processos transacionais, aos quais os seres humanos estão sujeitos ao longo da sua vida, pressupondo que as pessoas que atravessam transições estão mais vulneráveis a riscos que afetam a sua saúde e o seu bem-estar e, portanto, requerem cuidados de enfermagem (Meleis et al., 2000). Existem várias razões pelas quais a transição é assunto da profissão e disciplina de Enfermagem. Primeiro, os enfermeiros passam grande parte do seu tempo clínico a cuidar de indivíduos que estão a passar por uma ou mais mudanças ao longo da sua vida com potenciais repercussões na sua saúde. Exemplos de transições que requerem atenção dos enfermeiros são a transição aquando da admissão hospitalar, a transição aquando da alta hospitalar, a transição para a parentalidade, a transição no pós-parto, entre muitas outras (Meleis, 2010). Portanto, durante os períodos de transição de papéis, os enfermeiros ocupam uma posição mais oportuna para avaliar as necessidades do indivíduo e fornecer as intervenções adequadas (Meleis, 2010).

Segundo McEwen e Wills (2016), Meleis categorizou os tipos de transições em quatro grupos distintos: transições do desenvolvimento, transições situacionais, transições de saúde-doença e transições organizacionais. Estes tipos de transições não são exclusivos entre si e podem ocorrer simultaneamente durante um período específico (Costa, 2016). Podem estar associadas a estádios de vida, eventos imprevistos, experiências de doença, trajetórias profissionais, sendo que estas estão interligadas com o contexto em que a pessoa está inserida (Meleis, 2010).

Para compreender a experiência da pessoa durante a transição, é essencial identificar as condições. As transições são o resultado de mudanças e resultam em mudanças (Meleis et al., 2000). Ao caracterizar os padrões de resposta, é importante considerar que, quando a transição é saudável, os sentimentos iniciais de stresse são substituídos por uma

sensação de bem-estar e pela mestria nos comportamentos, ou seja, o domínio das "novas" competências para lidar com a "nova" condição e sentir-se confortável no desempenho do "novo" papel e na "nova" identidade. (Meleis, 2007; Meleis et al., 2000).

Na Teoria das Transições, devido à sua importância na reformulação da identidade, são destacadas, como condições pessoais, os significados atribuídos aos processos, as crenças e atitudes, o nível de preparação e de conhecimento/habilidades, assim como o status socioeconómico, as quais podem facilitar ou dificultar a transição (Meleis et al., 2000). Os recursos disponíveis na comunidade, como apoio familiar, acesso à informação e modelos de comportamento, juntamente com as condições sociais, podem influenciar positivamente ou negativamente a experiência de uma transição (Meleis et al., 2000).

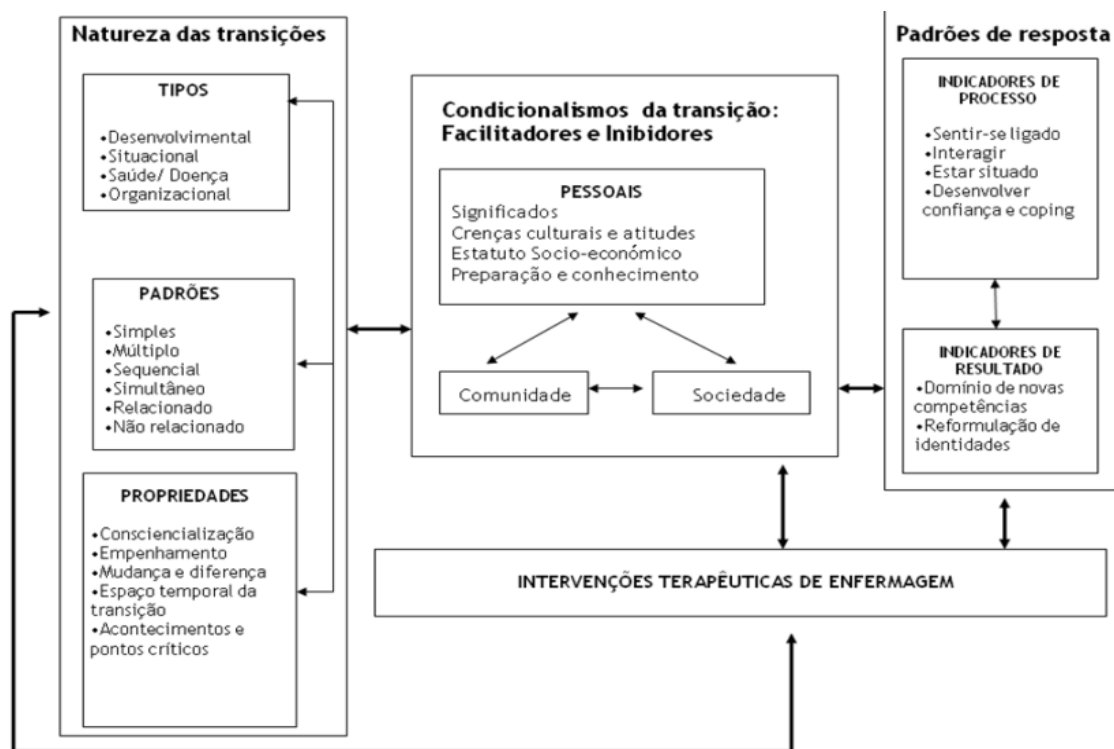
Quando falamos na transição para a parentalidade, poderemos considerar uma transição situacional ou uma transição desenvolvimental. Segundo Meleis (2010), as transições situacionais, envolvem a adição ou a subtração de pessoas numa configuração preexistente de papéis. Exemplos deste tipo de transição incluem o nascimento ou a morte de um membro da família. Cada uma dessas situações requer redefinição dos papéis envolvidos na configuração das relações e o enfermeiro é uma figura chave em tais situações. A transição do estatuto não parental para o estatuto parental é de importância cultural e psicossocial bem reconhecida. A adição deste elemento (a criança) muda a estrutura do grupo de díade para tríade com papéis significativos e mudanças de papéis complementares que podem causar conflitos se forem imprevistas, não reconhecidas e ignoradas.

Em relação aos padrões de resposta, o desenvolvimento de confiança e habilidades de *coping* é um dos indicadores de processo e contribui para o aumento da confiança das pessoas que estão a vivenciar uma transição, o que se reflete na compreensão dos diversos processos envolvidos. Utilizar mecanismos eficazes de *coping* facilita uma adaptação mais suave ao novo contexto de saúde (Meleis et al., 2000). Entretanto, os indicadores de resultado são demonstrados pela habilidade de dominar e integrar de maneira harmoniosa a identidade. O domínio de novas competências indica um avanço nas capacidades e competências individuais, permitindo que a transição seja enfrentada com êxito. Exemplos de mestria incluem a obtenção de conhecimento, a procura por apoio social, a manutenção ou construção de relacionamentos sólidos com outros indivíduos e a aprendizagem de estratégias para se adaptar à mudança através da autoconsciência. A

integração fluida da identidade refere-se à maneira como o indivíduo incorpora os novos comportamentos, experiências e competências adquiridas na sua vida, facilitando uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições oferece aos profissionais de enfermagem uma compreensão aprimorada do processo de transição. Por meio dessa abordagem mais abrangente e detalhada, os enfermeiros podem desenvolver intervenções para a sua prática profissional, diante das transições que os pais enfrentam (Meleis et al., 2000). A figura 1 descreve a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Figura 1- Teoria das Transições de Afaf Meleis



Soares (2008) conduziu uma investigação sobre a adaptação à parentalidade em Portugal, através da análise de elementos como a preparação para a parentalidade, os fatores facilitadores e inibidores, as experiências vivenciadas e os resultados da transição para a parentalidade. Os resultados corroboram os princípios da Teoria das Transições de Meleis, ao serem identificados cinco elementos: a reconfiguração das identidades, a

tomada de responsabilidade, o desenvolvimento de novas habilidades, a reavaliação das prioridades e a confiança na realização do novo papel.

Pais com maior autoeficácia geralmente relatam maior satisfação na sua função parental. Essa satisfação dos pais está associada a uma prestação de cuidados mais eficaz aos filhos, o que resulta num melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças (Hudson et al., 2001; Nystrom & Ohrling, 2004). De acordo com Reece & Harkless (1998), a autoeficácia dos pais em relação aos cuidados com os filhos é influenciada por experiências anteriores de cuidado a crianças, exemplos advindos de outros pais e rede de suporte.

Mercer (2002) destaca que o apoio na transição para o papel parental deve incluir um contacto positivo com os pais, aumentando a sua autoestima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo interações entre os pais e a criança, encorajando os pais a expressarem as suas expectativas, motivando-os a adquirir habilidades e compreendendo as dinâmicas conjugais e familiares. Neste seguimento, o EEESMO pode implementar intervenções adequadas para apoiar a adaptação à parentalidade, mediante uma compreensão das necessidades dos pais (Hudson et al., 2001). Este profissional de saúde ocupa uma posição vantajosa e competências para intervir e tornar essa transição o mais saudável e positiva possível, por meio do desenvolvimento de intervenções que promovam e sustentem a prática do papel parental.

PARTE 2 – Componente Investigativa

4. Programas de alta no pós-parto em sistemas de saúde equivalentes ao sistema português uma *scoping review*.

A segunda parte do RENP, centra-se na vertente investigativa, reforçando a importância da prática baseada na evidência na ESMO. De acordo com a OE (2021), os cuidados especializados baseiam-se em diversos pilares, sendo um dos mais relevantes a prática sustentada na evidência científica. A adoção de práticas fundamentadas nas melhores evidências promove a melhoria dos resultados de saúde dos utentes, reduz os custos associados e eleva a satisfação tanto dos utentes como dos profissionais de saúde (OE, 2021).

Este capítulo inicia-se com a contextualização da temática em estudo, fornecendo uma visão geral sobre os programas de alta no pós-parto em sistemas de saúde semelhantes ao português. Seguidamente, procede-se à descrição detalhada da metodologia utilizada, incluindo os critérios de seleção dos estudos e o processo de análise da literatura. Posteriormente, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, permitindo uma reflexão crítica sobre os dados analisados. O capítulo termina com a apresentação das principais conclusões do estudo, destacando a relevância dos programas de alta no pós-parto e o seu impacto na qualidade dos cuidados materno-infantis.

4.1 Contextualização do Estudo

Os cuidados pós-parto são cruciais para manter uma boa saúde materno-infantil (WHO, 2006), promovendo a recuperação da mulher e a adaptação do RN à vida extrauterina. A importância dos cuidados pós-parto foi incorporada nas novas diretrizes da WHO, que destacam a relevância do apoio profissional na primeira semana após o parto (WHO, 2022). A WHO (2022) recomenda que, após um parto vaginal sem complicações, as mulheres e os RN saudáveis permaneçam sob cuidados na unidade de saúde por, pelo menos, 24 horas garantindo a avaliação inicial de bem-estar e prevenindo complicações precoces.

No contexto institucional, os objetivos dos cuidados pós-parto são: avaliar a saúde e bem-estar da mulher e do RN e fornecer orientações e apoio relacionados com a recuperação física, amamentação, competências parentais e articulação com os apoios comunitários (Rayner et al., 2008; WHO, 2022).

A maioria dos estudos sugere que, mundialmente, os cuidados no pós-parto, prestados em várias unidades de saúde, variam significativamente e, em geral, não conseguem atender adequadamente às necessidades específicas das recém mães e dos seus RN (Smith et al., 2022). Embora a WHO (2022) insista que as mulheres e os RN permaneçam nas unidades de saúde pelo menos 24 horas após o parto, uma análise recente e bem fundamentada revela uma variação significativa entre vários países, incluindo aqueles de média e baixa renda (Pádua et al., 2022).

Segundo Cwm Taf Morgannwg University Health Board (2020), os cuidados no pós-parto têm como objetivo promover a saúde e o bem-estar da mulher e do RN. Os cuidados no pós-parto incluem aconselhamento de saúde consistente, competências parentais, cuidados clínicos e a deteção de problemas de saúde, tanto mentais como físicos. Os cuidados no pós-natal devem ser planeados para alcançar o resultado mais eficiente e eficaz para as mulheres e RN, sendo que cada contacto deve ser prestado de acordo com os princípios de uma intervenção individualizada. Os cuidados prestados devem levar em consideração as particularidades culturais, integrando as práticas específicas de mulheres pertencentes a grupos étnicos minoritários nos seus planos de assistência pós-natal.

De acordo com Brown et al. (2002), o tempo de internamento após o parto tem diminuído em países de alta renda, com uma média de aproximadamente dois dias de internamento para mulheres com partos sem complicações. Muitos pais consideram uma estada hospitalar de curta duração como algo positivo, tanto para si como para o RN e os eventuais irmãos (Persson & Dykes, 2002). Além disso, esta redução no tempo de permanência no hospital é considerada uma forma de “desmedicalizar” o processo de TP (Kiely et al., 1998). Os defensores da alta antecipada no pós-parto acreditam que uma estada institucional mais curta proporciona uma maior oportunidade de promoção da autonomia e aumenta o sentimento de pertença e participação em casa dos pais face ao RN (Brown et al., 2002).

As barreiras à satisfação com os cuidados no pós-parto têm sido associadas à estrutura e organização dos cuidados. Numa revisão sobre os cuidados pós-parto em hospitais australianos, os profissionais identificaram obstáculos como a falta de continuidade nos cuidados e a duração da estada na instituição (Forster et al., 2005). Os profissionais relataram que havia um tempo limitado para acompanhar as mulheres e indicaram ainda problemas com a equipa de saúde (Forster et al., 2006). Dados os problemas identificados, diferentes autores sugeriram que cuidados individualizados, continuidade nos cuidados e uma duração flexível da estada poderiam aumentar a satisfação dos casais para com os cuidados de saúde institucionais durante o pós-parto (Hildingsson e Thomas, 2007; Lindberg et al., 2008; Rayner et al., 2008).

O principal objetivo desta revisão foi mapear e analisar a literatura sobre programas de alta no pós-parto, em países com um sistema de saúde equivalente ao português, ou seja, baseado no Modelo Beveridge. Este modelo caracteriza-se por um sistema de saúde universal, disponível para todos os cidadãos e financiado pelo governo através de impostos. Com base nestes critérios, foram selecionados os seguintes países para análise: Austrália, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido.

O Sistema de Saúde de Beveridge assenta nos princípios de universalidade e equidade (Weale, 2015), tendo como principal objetivo garantir o acesso igualitário à saúde para todos os cidadãos. Este modelo é financiado pelo Estado por meio dos impostos pagos pela população, sendo que a maioria dos prestadores de serviços de saúde é composta por instituições públicas (Kutzin, 2001; Lameire et al., 1999; OECD, 1992; Physicians for a National Health Program, s.d.; Wallace, 2013; Wendt et al., 2009).

Em última análise, os resultados desta revisão irão fornecer contributos úteis para informar futuras políticas no âmbito da assistência no pós-parto para alguns contextos clínicos da realidade portuguesa.

4.2 Metodologia

4.2.1 Tipo de Estudo: *Scoping Review*

De acordo com Peters et al. (2020), as scoping reviews são especialmente úteis para consolidar a literatura em áreas com evidências emergentes, pois são indicadas para

explorar questões que abrangem mais do que apenas a eficácia ou a experiência relacionada a uma intervenção. Podem ser realizadas para mapear um corpo de literatura relevante em termos de tempo, localização (por exemplo, país ou contexto), fonte (por exemplo, literatura revista por pares ou literatura cinzenta) e origem (por exemplo, disciplina de cuidados de saúde ou área académica). Embora as *scoping review* possam ser realizadas para determinar o valor e o provável alcance de uma revisão sistemática completa, também podem ser conduzidas como exercícios autónomos para resumir e disseminar resultados de investigação, identificar lacunas na investigação e fazer recomendações para futuras pesquisas (Peters et al., 2020).

Este trabalho não se concentrou na avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que não é esse o objetivo de uma *scoping review*. A abordagem baseou-se na análise das evidências para fundamentar as orientações referentes à alta no pós-parto, fornecendo uma base sólida para propor investigações futuras e o desenvolvimento e/ou atualização de programas de intervenção no pós-parto após a alta institucional. Esta revisão constitui uma análise secundária de documentos de acesso público, estando, por conseguinte, isenta de aprovação ética (Suri, 2020).

A *scoping review* foi realizada para mapear a literatura sobre políticas, protocolos, orientações oficiais e programas de intervenção implementados no âmbito da assistência no pós-parto. O processo de revisão foi orientado pela estrutura padronizada do Joanna Briggs Institute (JBI) para *scoping review* (Peters et al., 2020), e relatado de acordo com as orientações PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

4.2.2 Objetivo do estudo:

O objetivo desta *scoping review* foi mapear e analisar a literatura sobre programas de alta no pós-parto em países com um sistema de saúde equivalente ao português, baseado no Modelo Beveridge.

4.2.3. Questão de Investigação

A questão de investigação foi elaborada segundo a metodologia da JBI e visa nortear toda a pesquisa, obedecendo a critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC (participantes, conceito, contexto). Sendo assim, a questão de investigação para a *scoping*

review é: “Quais são os programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge?”

4.2.4 Critérios de Inclusão

Segundo a metodologia proposta pela JBI, os critérios de inclusão devem ser elaborados de acordo com a mnemónica “PCC”, de forma a direcionar a pesquisa para a evidência mais relevante e para dar resposta à questão de investigação. Assim, os critérios de inclusão devem incluir os participantes, o conceito e o contexto.

Como participantes determinou-se que são os EEESMO, isto é, pretendemos perceber se estes profissionais são parte integrante dos programas de alta pós-parto dos países em estudo e qual a sua intervenção. O conceito são os programas de alta no pós-parto. O contexto do estudo são os países equivalentes a Portugal do ponto de vista de financiamento do sistema de saúde, segundo o Modelo Beveridge. Os países incluídos foram: Portugal, Grécia, Austrália, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Espanha, Reino Unido, Itália, Islândia, Irlanda, Noruega, Portugal e Nova Zelândia. Desta forma, foram excluídos os artigos que não se referem aos países selecionados, que não remetem para um programa de alta pós-parto e que não incluem pelo menos um EEESMO.

Foram considerados todos os tipos de estudos, desde que fizessem menção a um programa pós-parto, quer em documentos oficiais quer em diretrizes nacionais. Relatórios e dissertações que não tivessem sido publicados em bases de dados, também, foram tidos em consideração. Foram incluídos estudos nos vários idiomas, nomeadamente: inglês, norueguês, dinamarquês e português.

4.2.5 Estratégia de Pesquisa

A pesquisa para a scoping review foi realizada durante o mês de setembro de 2024, sendo executada em três etapas distintas, garantindo rastreabilidade e rigor metodológico.

Na primeira etapa, foi conduzida uma pesquisa acerca do tópico “programas de alta precoce”, inicialmente limitada a duas bases de dados – a PubMed® e a CINAHL®. Contudo, verificou-se que o termo “precoce” apresentava conotações diferentes conforme o país, o que dificultava a recolha de dados relevantes e a obtenção de artigos e literatura

fundamentais para a realização deste estudo. Como resultado, optou-se por excluir o termo “precoce” e delimitar a pesquisa a programas de alta pós-parto.

Na segunda etapa, foram identificadas palavras-chave/termos indexados e termos mais utilizados nos títulos e resumo dos artigos encontrados. As palavras-chave foram previamente validadas na plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) / Mesh (Medical Subject Headings) com o objetivo de uniformizar os dados encontrados através de uma terminologia única em saúde. Assim, foram definidas as seguintes palavras-chave: early-discharge, postnatal discharge, postnatal care, postpartum, programmes e midwife.

Além palavras-chave validadas, foram também considerados termos livres frequentemente utilizados nos títulos e resumos dos artigos, permitindo refinar a estratégia de pesquisa e aumentar a sensibilidade da busca.

A pesquisa foi realizada, em setembro de 2024, utilizando bases de dados reconhecidas na área da saúde, nomeadamente MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCO), Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO), entre outras. A pesquisa focou-se em documentos publicados a partir de 2005 de forma a garantir relevância temporal e ainda assim serem documentos o mais recentes possível dado que queremos explorar os programas mais atuais em vigor. Não foram aplicadas restrições quanto ao idioma das publicações, permitindo uma visão global do tema.

O quadro 1 apresenta um resumo das estratégias de pesquisa adotadas, usando as palavras-chave previamente definidas, com o auxílio dos operadores AND e OR, para a base de dados MEDLINE (via PubMed). Os operadores booleanos assumem uma grande utilidade e pertinência em questões de especificidade na estratégia de pesquisa, quando existe a necessidade de combinar termos (Gonçalves, et al., 2021). A estratégia de pesquisa foi adaptada para cada fonte de informação acima mencionada.

Quadro 1. Estratégia de pesquisa e número de artigos identificados na base de dados MEDLINE (via PubMed)

Search	Query	Records retrieved
#1	((("postnatal"[Title/Abstract] OR "postnatal care"[Title/Abstract] OR "postpartum"[Title/Abstract] OR "postpartum care"[Title/Abstract] OR "early postnatal care"[Title/Abstract] OR "early postpartum care"[Title/Abstract] OR "early postnatal	76,568

	discharge"[Title/Abstract] OR "early postpartum discharge"[Title/Abstract] OR "postpartum discharge"[Title/Abstract] OR "postnatal discharge"[Title/Abstract] OR "EEESMO care" [Title/Abstract)AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	
#2	((("policy"[Title/Abstract] OR "policies"[Title/Abstract] OR guideline[Title/Abstract] OR "guidance"[Title/Abstract] OR "regulation"[Title/Abstract] OR "law"[Title/Abstract] OR "action plan"[Title/Abstract] OR "strateg*" [Title/Abstract] OR "protocol"[Title/Abstract] OR "programme"[Title/Abstract]) AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	1,693,421
#3	((Portugal[Title/Abstract] OR "United Kingdom"[Title/Abstract] OR "Ireland"[Title/Abstract] OR "Australia"[Title/Abstract] OR "Denmark"[Title/Abstract] OR "Finland"[Title/Abstract] OR "Greece"[Title/Abstract] OR "Iceland"[Title/Abstract] OR "Italy"[Title/Abstract] OR "New Zealand"[Title/Abstract] OR "Norway"[Title/Abstract] OR "Spain"[Title/Abstract] OR "Sweden"[Title/Abstract]) AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	278,652
#4	((("postpartum period"[Title/Abstract] OR "postpartum mothers"[Title/Abstract] OR puerperants[Title/Abstract] OR "puerperal woman"[Title/Abstract] OR "puerperal women"[Title/Abstract] OR "puerperal period"[Title/Abstract] OR "puerperal patients"[Title/Abstract] OR "puerperal patients"[Title/Abstract] OR Neonate*[Title/Abstract] OR "Newborn"[Title/Abstract] OR "after child birth"[Title/Abstract] OR "after birth"[Title/Abstract]) AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication] AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	109,416
#5	("postpartum period"[MeSH Terms] AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	21,624
#6	("postnatal care"[MeSH Terms] AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	3,841
#7	((("Health Policy"[MeSH Terms:noexp] OR "Government Regulation"[MeSH Terms] OR "Guideline"[Publication Type]) AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	66,420
#8	((("Portugal"[MeSH Terms] OR "United Kingdom"[MeSH Terms] OR "Sweden"[MeSH Terms] OR "Spain"[MeSH Terms] OR "Norway"[MeSH Terms:noexp] OR "New Zealand"[MeSH Terms] OR "Italy"[MeSH Terms:noexp] OR "Ireland"[MeSH Terms] OR "Iceland"[MeSH Terms] OR "Greece"[MeSH Terms] OR "Finland"[MeSH Terms] OR "Denmark"[MeSH Terms:noexp] OR "Australia"[MeSH Terms:noexp]) AND 2005/01/01:2024/09/10[Date - Publication]) AND ((fft[Filter]) AND (humans[Filter]))	455,061
#9	#1 OR #6	77,823

#10	#2 OR #7	1,722,397
#11	#3 OR #8	555,060
#12	#4 OR #5	125,589
#13	#9 AND #10 AND #11 AND #12	382

Filters: Publication date from 2005/01/01 to 2024/10/10

As listas de referências de todos os estudos selecionados foram analisadas com o intuito de identificar estudos relevantes que possam não ter sido capturados na pesquisa inicial realizada nas bases de dados. Além disso, este processo permitiu identificar os documentos/relatórios/orientações oficiais dos diferentes países, o que correspondeu à terceira etapa da estratégia de pesquisa.

Adicionalmente, foi realizada uma pesquisa manual, utilizando o Google Search e as palavras-chave mencionadas na Quadro1, com o objetivo de complementar a estratégia de pesquisa anterior e garantir a inclusão de fontes relevantes que pudessem não estar indexadas nas bases de dados científicas.

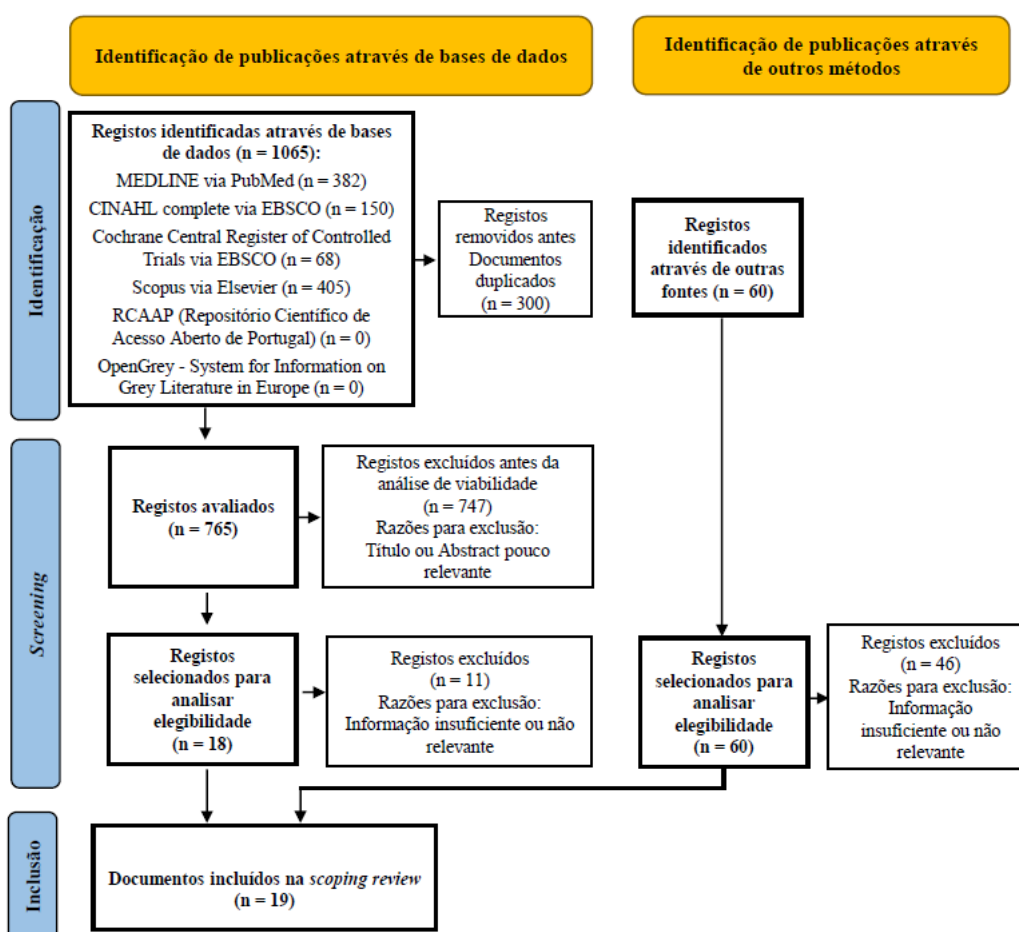
4.2.6 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas distintas, de forma a assegurar o processo de elegibilidade dos artigos. Dois revisores (R.P e H.S) realizaram uma primeira e uma segunda triagem em momentos diferentes e de forma independente. Sempre que surgiram discordâncias, o consenso foi alcançado através da discussão, recorrendo a um terceiro investigador (C.F). Em caso de dúvida, foi enviado um e-mail para os autores dos documentos no sentido de obter um esclarecimento. Na fase de screening, a seleção dos artigos foi realizada através da leitura criteriosa dos títulos e resumos, de forma a verificar se os trabalhos se enquadravam nos critérios de elegibilidade estabelecidos. Foram selecionados artigos cujo título ou resumo sugeriam que, no corpo de texto, poderiam ser apresentadas evidências sobre programas de alta no pós-parto em países cujo sistema de saúde é equivalente ao português, e com intervenção de pelo menos um EEESMO. De seguida, realizou-se a análise temática de conteúdo para identificar a literatura relevante a incluir na scoping review.

A estratégia de pesquisa resultou na identificação de um total de 1065 documentos provenientes das bases de dados selecionadas. Após a remoção de 300 duplicados, procedeu-se à leitura do título e/ou do resumo de 765 documentos, dos quais 19 foram analisados na íntegra para avaliar a elegibilidade para inclusão neste estudo (Figura 2).

Foram encontrados 60 registos através de outras fontes, nomeadamente pela análise das listas de referências dos estudos incluídos e por pesquisa manual no Google Search. Esses documentos foram analisados quanto à sua elegibilidade, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2-Fluxograma do processo de seleção de artigos para a scoping review, PRISMA 2020 (Page et al., 2021).



Na última etapa da fase de *screening*, 78 documentos foram analisados tendo por base os critérios de inclusão, o que originou a seleção final de um total de 19 artigos, que foram considerados relevantes para responder à questão de investigação e contribuir para

a análise dos programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes ao português (Figura 2).

4.2.7 Extração dos Dados

Após a seleção dos estudos, seguiu-se a extração dos dados, realizada de forma independente por dois investigadores (R.P e H.S) para garantir rigor e imparcialidade no processo. Os dados foram obtidos dos artigos selecionados, utilizando uma ferramenta de extração de dados, de forma a verificar a elegibilidade desses mesmos artigos. O instrumento de recolha de dados utilizado foi uma adaptação do modelo proposto pelo JBI, que ao longo do processo sofreu alterações, de acordo com as necessidades identificadas (Aromataris et al., 2024).

O instrumento (Anexo I) foi aplicado a todos os estudos e documentos de literatura cinzenta selecionados para esta *scoping review* e consistiu num quadro estruturado, utilizado para registar as principais informações de cada estudo, permitindo uma organização sistemática dos dados e uma análise coerente dos resultados.

4.3. Apresentação e Discussão dos Resultados

Nesta etapa irá realizar-se a caracterização dos estudos e documentos de literatura cinzenta incluídos nesta *scoping review* e será apresentada a síntese dos principais resultados dos 19 documentos selecionados. O objetivo é fornecer uma visão ampla sobre os programas de alta pós-parto e relevar aqueles que incluem a participação de um EEESMO.

As designações originais dos programas, fornecidas pelos autores, foram mantidas; não foram traduzidas para português nem categorizadas para evitar equívocos ou imprecisões face à conceptualização teórica subjacente.

Quadro 2 - Programas de alta no pós-parto por países e atuação do EEESMO

Países	Descrição do programa pós-parto	Data da Alta Hospitalar	Atuação do EEESMO	Tipo de Envolvimento do EEESMO
Suécia Berbres et al. (2024) Ellberg, L. (2008) Ellberg, L. et al. (2005). Hildingsson e Sandin-Bojo (2011) Hildingsson e Thomas (2007) Hildingsson et al. (2002)	Três opções de cuidados pós-parto: family suite, early discharge e maternity ward.	Consideram precoce entre a 6ª e 72ª hora após o parto.	Visitas pós-parto realizadas por pelo menos um EEESMO.	-Monitoriza o estado de saúde da mulher e do RN, apoia na amamentação, responde às dúvidas sobre os cuidados com o RN; orientações sobre o bem-estar físico e emocional da mulher.
Islândia Landspítali University Hospital (2021)	Prevê um acompanhamento domiciliar nos dias subsequentes à alta hospitalar.	Não especificado.	Acompanhamento diário nos primeiros dias após a alta.	- <i>EEESMO</i> presta cuidados no pós-parto domiciliares nos primeiros dias. -O programa de alta e apoio domiciliar exige um contacto ativo da mulher com a EEESMO para agendar a primeira visita. -Monitorizar a saúde da mãe e do RN, oferecendo suporte para a amamentação, monitorizando sinais vitais e ajudando a identificar possíveis complicações ou problemas emocionais e físicos pós-parto.

Reino Unido Bowers e Cheyne (2016) Cwm Taf Morgannwg University Health Board (2020) NICE (2021)	Enfoque na alta precoce com apoio domiciliário após a alta hospitalar com o objetivo de uma intervenção também precoce.	Não especificado.	Visita Domiciliar após a alta por um EEESMO comunitário.	-Visita domiciliar após a alta por um EEESMO no dia seguinte ao parto: visa identificar precocemente quaisquer sinais de complicações e fornecer apoio contínuo à amamentação. -Realizam visitas conjuntas com um <i>health visitor</i> quando há suspeita de mulheres e crianças em risco.
Portugal Assembleia da República (2019)	-Acompanhamento obrigatório no pós-parto. -Primeira consulta na primeira semana após a alta hospitalar. - Consulta de pós-parto entre a quarta e a sexta semana após o parto.	Não especificado.	Não especificado.	Não especificado.
Austrália SA Maternal, Neonatal e Gynaecology Community of Practice (2023) Zadoroznyj (2006)	Alta hospitalar precoce e apoio extenso ao nível domiciliar.	Alta precoce considerada 24 a 48h após o parto.	EEESMO trabalha em conjunto com as <i>Mothercares</i> .	-Apoio domiciliar fornecido 6h por dia durante 6 dias após o parto. - As EEESMO procedem a uma avaliação regular da mãe e do RN prestam aconselhamento sobre amamentação; fazem exames físicos; e identificam possíveis complicações. - As EEESMO são responsáveis por garantir que as mulheres recebem orientações sobre serviços de suporte comunitário, como programas de apoio à amamentação, e incentivam o acompanhamento pós-parto com o médico de

				família em intervalos regulares de duas e seis semanas.
Irlanda Department of Health (2016) Healy, I. M. (2012)	Variedade de modelos de cuidados no período pós-parto, incluindo cuidados hospitalares tradicionais, unidades lideradas por EEESMO configurações de cuidados designados DOMINO (cuidados liderados por EEESMO durante o parto e o pós-parto em casa, numa lógica de continuidade de cuidados) e o modelo de <i>Early Transfer Home</i> .	<i>Early Transfer Home</i> 12h após o parto.	Visita domiciliar por um EEESMO.	-Cuidados no domicílio até o quinto dia pós-parto por EEESMO (depende da região da Irlanda).
Grécia Panagopoulou et al. (2018a) Panagopoulou et al. (2018b)	Cuidados realizados sobretudo a nível hospitalar.	Alta hospitalar 4 dias após o parto.	Não especificado.	Não especificado.
Itália	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .
Noruega Glavin, K., Solberg, B., & Sæther, K. M. (2023)	Predomina o programa de alta precoce e acompanhamento no domicílio.	Consideram precoce a que ocorre até às 48h após o parto.	Visita domiciliar por um EEESMO.	Visitas Domiciliares.
Finlândia	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .
Nova Zelândia	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .

Espanha	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .	Não foram encontrados dados para a <i>scoping review</i> .
Dinamarca Region of Southern Denmark (2016) Danish Health Authority (2022)	Predomina o programa de alta precoce e acompanhamento no domicílio.	Consideram precoce a que ocorre entre as 6h e 8h após o parto para mulheres com mais filhos.	Consulta com EEESMO, 2 ou 3 dias após a alta.	-Consulta com EEESMO onde se abordam tópicos como a amamentação, a condição física da mulher e do RN, além de questões emocionais e experiências relacionadas ao parto. -Realização de exames neonatais como o rastreio auditivo e colheita de sangue (não especificados os parâmetros da análise).

A análise dos programas de alta no pós-parto com sistemas de saúde equivalentes ao português sugere uma diversidade de abordagens e modelos assistenciais, dependendo das estruturas de financiamento, organização dos cuidados de saúde e das necessidades individuais das mulheres e RN. Nos países nórdicos, como a Suécia, a ênfase é colocada em programas de alta precoce, acompanhamento domiciliar e modelos híbridos que combinam o apoio domiciliar com o acesso rápido a cuidados hospitalares, especialmente em situações que demandam apoio adicional, como em partos complicados ou necessidades neonatais especiais. Os estudos da Suécia, conforme descritos por Ellberg (2008), destacam três opções principais de cuidado pós-parto: a *Family Suite*, o programa de *Early Discharge* e a *Maternity Ward*. A *Family Suite*, em particular, tem mostrado ser uma opção custo-efetiva, que oferece um ambiente confortável e seguro para as mulheres e RN. Ao proporcionar um ambiente semelhante a casa, mas com a proximidade dos serviços hospitalares, esta modalidade promove a segurança e o empoderamento dos pais no cuidado ao RN. O programa de *Early Discharge* combina a alta precoce da mulher e do RN com um acompanhamento rigoroso, que inclui visitas domiciliárias e acompanhamento telefónico. Esta abordagem permite otimizar recursos hospitalares sem comprometer a qualidade do cuidado (Ellberg, 2008). No contexto dos cuidados de saúde suecos, alta precoce significa que a mulher e o RN têm alta hospitalar juntos, entre a 6^a e a 72^a hora pós-parto (Persson & Dykes, 2002). Ellberg et al. (2020) descrevem o programa da *Family Suite* e o papel do EEESMO neste programa no qual a mulher e o RN saudável são transferidos para uma *family suites/hotel wards* (termo utilizado no artigo original), não menos de 4 horas após um parto normal ou após terem passado uma noite no hospital. Durante a estadia na *Family Suite* os EEESMO oferecem apoio e assistência na maternidade durante o dia, e à noite, um enfermeiro permanece disponível na receção do hotel, garantido o suporte em caso de necessidade.

Nos artigos descritos por Ellberg (2008), quando comparado o programa *Maternity Ward*, que é mais tradicional e destinado a mulheres e RN nascidos de partos complicados, os programas *Family Suite* e *Early Discharge* têm como objetivo melhorar a eficiência

dos cuidados ao reduzir o tempo de internamento, ao mesmo tempo em que mantêm o foco na segurança neonatal. A redução da taxa de readmissão de RN é uma das métricas-chave mencionadas nos artigos suecos, e o sucesso dos programas de alta precoce está vinculado à implementação de exames neonatais precoces e ao acompanhamento estruturado, que pode incluir triagem para doenças como a fenilcetonúria (Ellberg, 2008).

Os estudos, também, discutem a satisfação dos pais com os diferentes programas de cuidados (Hildingsson & Sandin-Bojo, 2011). A *Family Suite* sueca é amplamente elogiada pelos pais por proporcionar um ambiente acolhedor e permitir que a família fique junta nos primeiros dias após o parto. Este programa promove uma maior autonomia dos pais, permitindo que desenvolvam as suas próprias competências no cuidado do RN, enquanto ainda têm acesso fácil ao hospital, caso necessário (Hildingsson & Sandin-Bojo, 2011).

Estes programas não apenas otimizam o uso de recursos hospitalares, como também atendem às expectativas de modernização dos serviços de saúde em países com financiamento público robusto. Países como Portugal, que compartilham sistemas de saúde financiados de maneira semelhante, podem beneficiar-se da adoção de programas híbridos de cuidados no pós-parto, que combinam a alta precoce com o apoio domiciliar. No entanto, é necessário adaptar esses programas à realidade nacional, levando em consideração fatores como a acessibilidade geográfica e a formação de equipas para acompanhamento domiciliar.

Hildingsson e Sandin-Bojo (2011), descrevem a hipótese da alta precoce (6 horas após o parto) e dizem-nos que esta opção é voltada para mulheres com partos sem complicações, permitindo que voltem para casa logo após o nascimento.

Elberg et. al, (2005) diz-nos que a revisão dos estudos sugere que o equilíbrio entre a alta precoce e a segurança neonatal depende fortemente da capacidade de garantir uma continuidade de cuidados adequada. Este acompanhamento é crucial para evitar readmissões hospitalares, uma preocupação observada especialmente em estudos que comparam hospitais com programas de alta precoce e acompanhamento domiciliar *versus* hospitais com internamentos “prolongados” (Ellberg et al., 2005). A implementação de programas como a *Family Suite* e o *Early Discharge* demonstram a importância de oferecer uma gama de opções às mulheres e famílias, permitindo que escolham o tipo de

cuidado que melhor se ajusta às suas necessidades e preferências (Hildingsson & Sandin-Bojo, 2011).

Os cuidados de saúde materna na Suécia são abordados de maneira abrangente no relatório da Socialstyrelsen (2016), que é uma entidade governamental responsável por desenvolver e implementar políticas nacionais. Neste é descrito que, em algumas regiões da Suécia, as visitas no pós-parto são realizadas por EEESMO após a alta hospitalar. As visitas são destinadas a oferecer suporte contínuo às mulheres e aos RN, no período pós-parto, especialmente após uma alta precoce do hospital. Durante essas visitas, o EEESMO monitoriza o estado de saúde da mulher e do RN, apoia a amamentação, responde às dúvidas sobre os cuidados com o RN, e pode até mesmo organizar consultas de reavaliação com o pediatra. Além disso, o EEESMO fornece orientação sobre questões como o bem-estar físico e emocional da mãe (Socialstyrelsen, 2016).

O sistema norueguês, assim como o sueco, também promove a alta precoce com acompanhamento domiciliar. Glavin et al. (2023) definem alta precoce como sendo a que ocorre até 48 horas após o parto. Este programa tem sido, progressivamente, adotado desde a década de 1950, reduzindo o tempo de permanência hospitalar de várias semanas para poucos dias e, mais recentemente, para 8 a 48 horas, dependendo da complexidade do parto e da saúde da mulher e do RN. Este avanço reflete uma transição no modelo de cuidados no pós-parto, que procura promover a recuperação em casa, onde a família pode sentir-se mais confortável, mas exige um apoio robusto para garantir a segurança e o bem-estar dos envolvidos (Glavin et al., 2023).

Glavin et al. (2023) mostram que, para monitorizar a saúde das mulheres e RN, há um regresso aos hospitais para exames em contexto ambulatorio durante a primeira semana, o que é considerado padrão em muitas áreas. Esse acompanhamento é crucial para monitorizar aspetos como a perda de peso do RN e a produção de leite materno, especialmente no terceiro dia após o parto, que é um período crítico para esses indicadores.

O sistema norueguês de alta precoce e de cuidados no pós-parto reflete um equilíbrio entre a eficiência e o cuidado centrado na família. A alta precoce, associada a um acompanhamento domiciliar adequado, proporciona um ambiente seguro para o desenvolvimento do vínculo familiar, enquanto liberta recursos hospitalares. A prática das

visitas domiciliares por EEESMO são um ponto positivo, garantindo que as famílias recebam o apoio necessário para lidar com os desafios dos primeiros dias após o nascimento.

Da análise dos programas de alta no pós-parto na Dinamarca observa-se uma abordagem integrada e abrangente que combina alta hospitalar precoce com um forte sistema de acompanhamento domiciliar. A alta precoce, em que muitas mulheres voltam para casa dentro de 6 a 8 horas após o parto, é uma prática comum na Dinamarca, especialmente para mulheres que já tiveram filhos anteriormente. No entanto, para garantir a segurança tanto da mulher quanto do RN, o sistema dinamarquês oferece um acompanhamento rigoroso após a alta. As mulheres que recebem alta nas primeiras 72 horas têm uma visita garantida de um *health visitor*³ dentro de 4 a 5 dias após o parto (Danish Health Authority, 2022).

A Region of Southern Denmark (2016) descreve os cuidados oferecidos às mulheres grávidas, desde o acompanhamento pré-natal até ao pós-parto. Para as mães que regressam a casa dentro de 72 horas após o parto, os EEESMO desempenham um papel fundamental no acompanhamento no pós-parto. Uma consulta com o EEESMO é agendada para o segundo ou terceiro dia após o nascimento, onde são abordados tópicos como a amamentação, a condição física da mulher e do RN, além de questões emocionais e experiências relacionadas ao parto. Essa consulta permite uma revisão completa do processo de nascimento e do início da maternidade, garantindo que as mulheres recebam o apoio necessário durante um período potencialmente stressante (Region of Southern Denmark, 2016).

Este tipo de consulta oferece às mulheres e aos seus parceiros uma oportunidade de refletir sobre o parto e a experiência parental, fornecendo um espaço seguro para discutir qualquer dúvida ou preocupação. Além disso, exames neonatais, como o rastreio auditivo e exames de sangue, são realizados durante essa consulta, permitindo a detecção precoce de quaisquer problemas de saúde no RN (Region of Southern Denmark, 2016).

³ *Health Visitor*: profissional de saúde, geralmente um enfermeiro registado com formação adicional em saúde pública. Desempenham um papel essencial no cuidado à saúde de famílias, particularmente no apoio a mães e RN após o nascimento, bem como a crianças pequenas.

Assim como noutros países nórdicos, a alta precoce após o parto é uma prática comum na Islândia. Após a saída do hospital, a mãe e o RN são acompanhados em casa por um EEESMO que presta cuidados no pós-parto domiciliares nos primeiros dias. O acompanhamento domiciliar é essencial para assegurar a continuidade dos cuidados, especialmente num período sensível, como os primeiros dias após o parto. A mulher deve entrar em contacto com o EEESMO assim que chegar a casa para agendar a primeira visita domiciliar, o que mostra o papel ativo da mãe na coordenação do cuidado (Landspítali University Hospital, 2021).

Este programa de alta precoce, quando combinado com visitas domiciliares, é amplamente considerado seguro e eficaz, pois oferece suporte imediato para questões relacionadas à saúde física e emocional da mulher e do RN, além de facilitar a amamentação e monitorização de possíveis complicações. No entanto, caso a família não tenha acesso a cuidados domiciliares, o hospital fornece informações sobre cuidados com o RN e amamentação, além de instruções sobre como reconhecer sinais de alerta e contactos de emergência. Embora essa alternativa ofereça algum apoio, a ausência de acompanhamento domiciliar pode gerar insegurança para mães de primeira viagem ou para aquelas que enfrentam complicações (Landspítali University Hospital, 2021). O programa exige que as mães façam o contacto ativo com o EEESMO para agendar a primeira visita, o que pode ser uma barreira para aquelas que estão sobrecarregadas ou que não têm informações claras sobre como proceder. Isso contrasta com o modelo de outros países nórdicos, como a Noruega e a Suécia, onde o sistema de saúde faz um acompanhamento proativo, com visitas domiciliares agendadas automaticamente e uma abordagem mais estruturada para acompanhamento pós-parto.

Na Islândia, os EEESMO desempenham um papel central no modelo de cuidados no pós-parto, tanto no hospital quanto em casa. São responsáveis por monitorizar a saúde da mãe e do RN, oferecendo suporte para a amamentação, monitorizando sinais vitais e ajudando a identificar possíveis complicações ou problemas emocionais e físicos pós-parto. O acompanhamento de um EEESMO garante que as mulheres tenham acesso a orientações personalizadas e apoio prático, ajudando a promover uma recuperação saudável e a prevenir complicações. O foco na amamentação é, particularmente importante, pois muitas mulheres encontram dificuldades nos primeiros dias e o apoio de

uma profissional treinada pode ser decisivo para o sucesso da amamentação (Landspítali University Hospital, 2021).

Panagopoulou et al. (2018a) descrevem que os cuidados de saúde no pós-parto, na Grécia, são fornecidos principalmente no hospital. A mulher-puérpera permanece no hospital, em média, por quatro dias após o nascimento do RN e, em seguida, recebe alta para casa. Depois, volta ao hospital cerca de 40 dias após a alta para que o médico verifique a sua recuperação do parto. Para as mulheres que passaram por cesariana, existe uma consulta adicional para remoção de pontos após 10 dias. Os mesmos autores afirmam que o cuidado no pós-parto é crucial para a recuperação da mulher e deve incluir visitas domiciliares para maior apoio. A investigação sobre a satisfação das mulheres com os cuidados no pós-parto é um aspeto crucial para entender a eficácia dos serviços. A falta de continuidade do cuidado e a estrutura atual podem levar a uma insatisfação geral entre as mulheres. De acordo com Panagopoulou et al. (2018b), a implementação de visitas domiciliares pode melhorar a qualidade do cuidado prestado no pós-parto.

No Reino Unido a alta precoce das mulheres e dos RN é discutida e planeada desde o período pré-natal, mas sempre considerando o bem-estar clínico e a disponibilidade de suporte domiciliário. Esta prática é orientada por uma tentativa de otimização de recursos, onde a redução do tempo de permanência hospitalar é, muitas vezes, impulsionada por considerações de custos. No entanto, essa prática levanta questões sobre a segurança e a qualidade dos cuidados, especialmente para mulheres com maior acuidade ou condições complexas (Bowers e Cheyne, 2016).

Os resultados do estudo realizado por Bowers e Cheyne (2016), sugerem que, embora a alta precoce possa ser eficaz em termos de custos, não necessariamente oferece o tempo adequado para que as mulheres e RN com necessidades mais complexas recuperem e desenvolvam competências parentais. Assim, estas famílias podem exigir maior suporte da rede de cuidados comunitários, o que pode sobrecarregar os recursos disponíveis e comprometer a qualidade dos cuidados. Esse ponto salienta a importância de um acompanhamento contínuo e bem estruturado após a alta.

O papel do EEESMO comunitária, após a alta hospitalar, é central para garantir que as mulheres e RN recebam o acompanhamento necessário (Cwm Taf Morgannwg University Health Board, 2020). A primeira visita domiciliária deve ocorrer no dia seguinte à alta

hospitalar e, durante essa visita, informações vitais sobre cuidados com o RN, a amamentação e a saúde materna são reiteradas (Cwm Taf Morgannwg University Health Board, 2020). Este acompanhamento próximo visa identificar precocemente quaisquer sinais de complicações e fornecer apoio contínuo à amamentação, aspecto que muitas vezes é negligenciado ou insuficiente (NICE, 2021). A falta de informações consistentes sobre alimentação do RN, relatada pelas mulheres, é um ponto que necessita de maior atenção dos profissionais, especialmente no caso de primíparas (NICE, 2021). No entanto, a fragmentação nos cuidados e a falha na comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, como observado no artigo do NICE (2021), ainda são problemas reportados por muitas mulheres. Estes desafios podem impactar negativamente a experiência do pós-parto, gerando ansiedade e insegurança quanto à recuperação física e emocional.

A integração dos cuidados dentro da equipa hospitalar, e mobilizados por profissionais de saúde comunitária, como EEESMO e *health visitors*, é fundamental para garantir uma transição suave e contínua após o parto. No Reino Unido, há um esforço evidente em garantir que as mulheres e RN sejam transferidos para os cuidados comunitários dentro de um período definido, como apontado nos artigos.

O EEESMO comunitário deve receber uma notificação eletrónica da alta, e a primeira visita geralmente ocorre num período de até 36 horas após a alta (Cwm Taf Morgannwg University Health Board, 2020).

Uma das principais forças do sistema britânico é o papel crucial desempenhado pelos EEESMO comunitários, que asseguram a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A primeira visita do EEESMO ocorre dentro de 36 horas após a alta, geralmente no domicílio da mulher, onde o EEESMO verifica tanto o estado de saúde da mãe quanto o do RN. Durante essa visita, são realizados exames físicos e providenciadas orientações sobre amamentação, cuidados com o RN, recuperação pós-parto e sinais de complicações que podem exigir intervenção médica (Cwm Taf Morgannwg University Health Board, 2020).

Os EEESMO comunitários oferecem um suporte contínuo nos primeiros dias pós-parto, garantindo que as mães tenham o acompanhamento necessário em casa. Este é um ponto crucial, pois garante que qualquer problema de saúde, como a dificuldade na

amamentação ou questões relacionadas com o bem-estar emocional da mulher, seja detetado e tratado precocemente (Cwm Taf Morgannwg University Health Board, 2020). Após a alta hospitalar, as informações da mãe e do RN são eletronicamente transferidas para o EEESMO comunitário, que garante a continuação dos cuidados em casa. Se o EEESMO não realizar a visita domiciliar até as 15 horas do dia seguinte à alta, a mulher é informada sobre a necessidade de entrar em contacto com a enfermaria pós-parto, que coordenará a visita (Cwm Taf Morgannwg University Health Board, 2020).

Porém, a NICE (2021) salienta que, apesar destas orientações, uma em cada oito mulheres continuam a relatar insatisfação com os cuidados no período pós-parto, criticando a falta de planeamento e de comunicação entre os profissionais. Este aspeto destaca a necessidade de reforçar os protocolos de comunicação e garantir que as visitas e os cuidados sejam bem distribuídos para atender às necessidades de cada família, evitando sobrecargas em certos períodos, como nas primeiras duas semanas após o parto.

Cwm Taf Morgannwg University Health Board (2020) descreve que no Reino Unido existe uma rede extensa de suporte para a amamentação, que inclui não apenas EEESMO, mas também organizações voluntárias que fornecem orientações e apoio adicional. As mulheres são encorajadas a contactar essas organizações, que operam em serviços de apoio à amamentação 24 horas por dia, caso necessitem de ajuda ou tenham dúvidas. O sistema de saúde no Reino Unido valoriza a integração entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, o que contribui para uma transição eficaz entre o ambiente hospitalar e os cuidados comunitários.

A presença dos *health visitors* no pós-parto pois, são profissionais que acompanham a família após a fase inicial de cuidados com o EEESMO. O *health visitor* realiza a primeira visita entre 10 e 14 dias após o nascimento, complementando o trabalho dos EEESMO com um enfoque maior na saúde da criança e no bem-estar familiar (NICE, 2021).

O Reino Unido implementa, também, o programa *Healthy Child*, que estabelece um plano de visitas por parte dos *health visitors* ao longo dos primeiros anos de vida da criança, ajudando a garantir que os RN cresçam num ambiente saudável e seguro. As visitas incluem a avaliação física, a orientação sobre alimentação e cuidados gerais com a criança, bem como o acompanhamento de possíveis riscos sociais, como a exposição ao fumo passivo. Além disso, os *health visitors* podem realizar visitas conjuntas com

EEESMO quando há preocupações especiais, como casos de alto risco de proteção infantil. A cooperação entre os EEESMO e os *health visitors* é essencial para garantir que as famílias recebam o apoio necessário em situações de vulnerabilidade ou quando enfrentam desafios adicionais (NICE, 2021).

O sistema de cuidados no pós-parto do Reino Unido destaca-se pela combinação de alta precoce com um forte suporte comunitário, garantindo que as mulheres recebam acompanhamento próximo após o parto. A continuidade dos cuidados, desde o hospital até a comunidade, e o papel dos EEESMO e dos *health visitors* são pontos fortes que asseguram um suporte físico e emocional às mulheres.

No entanto, o sistema enfrenta desafios em termos de uniformidade e coordenação dos cuidados, com relatos de falhas na comunicação entre os diferentes profissionais de saúde e falta de suporte emocional adequado para algumas mulheres. Além disso, o impacto da alta precoce sobre os serviços comunitários precisa de ser constantemente monitorizado para garantir que as mulheres mais vulneráveis recebam o apoio necessário sem sobrecarregar o sistema (Bowers e Cheyne, 2016).

O sistema irlandês oferece uma variedade de programas de cuidados no período pós-parto, incluindo cuidados hospitalares tradicionais, unidades lideradas por EEESMO designadas por DOMINO (cuidados liderados por EEESMO durante o parto e o pós-parto em casa, numa lógica de continuidade de cuidados) e o programa de *Early Transfer Home*. Isso reflete uma abordagem adaptável às necessidades das mulheres, dependendo do tipo de parto e da complexidade dos casos (Department of Health, 2016). De acordo com Healy (2012), a maioria das mulheres é encorajada a deixar o hospital após dois dias, no caso de parto vaginal espontâneo, e entre três e cinco dias após uma cesariana.

O programa *Early Transfer Home* permite que algumas mulheres recebam alta apenas 12 horas após o parto, e continuem a receber cuidados em casa até o quinto dia pós-parto por EEESMO hospitalares, antes de serem transferidas para o *public health nurse*. Contudo, este esquema não está disponível em toda a Irlanda e depende da localização da morada e da alta médica, o que pode levar a desigualdades no acesso a esse cuidado (Healy, 2012).

Este programa, conforme mencionado por Healy (2012), é uma abordagem introduzida em algumas maternidades na Irlanda para facilitar a alta das mulheres logo após o parto. Alguns dos principais pontos sobre este programa:

- Alta precoce: O programa permite que as mulheres tenham alta para casa aproximadamente doze horas após o parto, desde que estejam em condições adequadas.
- Continuidade de cuidados: Após a alta hospitalar, um EEESMO hospitalar continua a prestar cuidados à mulher e ao RN em casa, geralmente até o quinto dia pós-parto. Após esse período, os cuidados são transferidos para o *public health nurse*.
- Acessibilidade: A disponibilidade desse regime de alta precoce pode depender da morada da mulher e do tipo de alta que ela recebe. Isso significa que nem todas as mulheres têm igual acesso a essa opção, o que pode criar disparidades no âmbito da assistência no pós-parto.
- Pressão sobre serviço: O programa *Early Transfer Home* surge num contexto onde a maioria das novas mulheres e RN têm alta para casa mais cedo, mesmo na ausência de um serviço nacional de obstetrícia na comunidade, o que destaca a pressão sobre os serviços de saúde pública que atendem às necessidades dessas mulheres.

Embora os cuidados comunitários desempenhem um papel crucial no apoio ao pós-parto, especialmente para as mulheres que têm alta precoce, a Irlanda enfrenta desafios significativos neste setor. Healy (2012) destaca que o serviço de saúde pública não está suficientemente estruturado para responder às necessidades das mulheres, particularmente fora do horário de expediente, como aos fins de semana e aos feriados. Este aspeto é particularmente problemático, considerando que as primeiras semanas após o parto são críticas.

O Department of Health (2016) aponta um avanço notável no desenvolvimento de um registo eletrónico de saúde, que facilitará a integração de informações entre os profissionais de saúde, nos contextos pré-natal, intraparto e pós-parto. Este registo permitirá uma melhor coordenação entre os diferentes profissionais, garantindo que as necessidades das mulheres e dos RN sejam monitorizadas de forma contínua, tanto no ambiente hospitalar quanto no comunitário. Este tipo de ferramenta é crucial para evitar

a fragmentação dos cuidados, um problema frequentemente relatado em sistemas de saúde onde diferentes profissionais e serviços estão envolvidos no atendimento. Além disso, pode ajudar a melhorar a comunicação entre os médicos, os EEESMO e os *public health nurses*, garantindo que as informações sobre a saúde da mulher e do RN sejam partilhadas de forma eficiente.

O Department of Health (2016) identifica ainda um aspeto importante que é a necessidade de um maior foco sob a saúde mental perinatal. O sistema atual, com uma consulta padrão de seis semanas, muitas vezes não é suficiente para detetar questões de saúde mental que podem surgir posteriormente, como a depressão pós-parto. A estratégia sugere a extensão das visitas de acompanhamento. Além disso, o documento *National Maternity Strategy do Department of Health* (2016), destaca a necessidade de intervenções precoces em questões relacionadas com o pavimento pélvico e nutrição, que podem ser negligenciadas nas primeiras consultas, mas que têm implicações a longo prazo na saúde materna.

Na Irlanda, os programas de assistência no pós-parto demonstram um esforço significativo para fornecer cuidados contínuos e integrados às mulheres e RN, tanto no ambiente hospitalar quanto comunitário. Contudo, a redução da estada hospitalar, aliada a um sistema comunitário sobrecarregado e com limitações de disponibilidade, apresenta desafios para garantir um suporte adequado, especialmente nos primeiros dias após o parto. A introdução de um registo eletrónico de saúde e a revisão do programa *Maternity and Infant Care Scheme* representam oportunidades importantes para melhorar a coordenação e a qualidade dos cuidados. Porém, é fundamental que o sistema irlandês fortaleça o suporte comunitário, amplie a disponibilidade dos serviços de saúde pública e incorpore uma abordagem mais abrangente à saúde mental e à recuperação física pós-parto.

A análise do sistema de cuidados pós-parto na Austrália, com base nos artigos, revela uma abordagem que combina um incentivo à alta hospitalar precoce com suporte extensivo no domicílio. A inovação no modelo de cuidados no pós-parto australiano destaca-se pela introdução de programas inspirados em sistemas europeus, que fornecem apoio abrangente no ambiente domiciliar (Zadoroznyj, 2006). De acordo com o SA

Maternal, Neonatal e Gynaecology Community of Practice⁴ (2023), na Austrália, a alta hospitalar precoce é amplamente incentivada, desde que a mulher e o RN estejam estáveis e sem complicações médicas. Este incentivo reflete a tendência global de reduzir o tempo de permanência hospitalar para melhorar a eficiência dos serviços e reduzir custos hospitalares. A alta precoce pode ocorrer dentro de 24 a 48 horas após um parto normal e até três dias após uma cesariana, desde que a mãe e o RN sejam considerados saudáveis. O planeamento da alta começa no período pré-natal e continua desde a admissão no hospital até o momento da alta, seguindo diretrizes de avaliação médica e de bem-estar da mulher e do RN. O processo é bem estruturado, com a equipa de saúde a garantir que todos os formulários, como o registo de nascimento, Centrelink (para benefícios fiscais) e documentos médicos, sejam fornecidos à mulher antes da saída do hospital. Isso demonstra uma abordagem organizada e orientada para garantir que as mulheres tenham acesso a todos os serviços e informações de que possam precisar após a alta (SA Maternal, Neonatal e Gynaecology Community of Practice, 2023).

Uma das principais inovações do sistema australiano é o desenvolvimento do programa *Mothercarer*, inspirado no modelo holandês Kraamzorg. Este programa foi introduzido, em 2002, em Adelaide, e foi uma resposta à crescente tendência de altas precoces e à necessidade de suporte mais intensivo no pós-parto (SA Maternal, Neonatal e Gynaecology Community of Practice, 2023). De acordo com SA Maternal, Neonatal e Gynaecology Community of Practice (2023), as *Mothercarers* são profissionais que realizam uma formação de seis meses para fornecer apoio domiciliário às mulheres, trabalhando em conjunto com EEESMO já presentes no sistema de saúde. Este serviço domiciliário é oferecido num total de até seis horas por dia durante um período de seis dias após a alta hospitalar. O diferencial deste serviço é a amplitude de suporte que as *Mothercarers* oferecem, sendo que vão além dos cuidados clínicos. As mesmas apoiam

⁴ A Maternal, Neonatal, Gynaecology Community of Practice oferece supervisão e orientação em todo o estado Australiano para os serviços de maternidade, neonatologia e ginecologia na Austrália do Sul, a fim de garantir cuidados seguros e de alta qualidade para mulheres e famílias. Isso inclui o desenvolvimento e a revisão das prioridades estaduais, estratégias, iniciativas de melhoria da qualidade, políticas e diretrizes de prática clínica (SA Health, s.d.).

em tarefas domésticas leves, no cuidado a outros filhos da família, no suporte à amamentação e no cuidado do RN, além de fornecer apoio emocional às mulheres.

Este tipo de suporte é essencial, especialmente para mulheres que podem sentir-se sobrecarregadas ou que não têm uma rede familiar ou social de apoio próxima. O programa contribui para aliviar o stresse no período pós-parto e oferece uma transição mais tranquila entre o ambiente hospitalar e a casa.

Na Austrália, o sistema de cuidados no período pós-parto é complementado pelas visitas domiciliares feitas por EEESMO, que oferecem cuidados médicos e de enfermagem nos primeiros dias após a alta. Essas visitas são, especialmente, importantes para mulheres que tiveram complicações no parto ou para aquelas que optaram por uma alta precoce. Os EEESMO procedem a uma avaliação regular da mãe e do RN; prestam aconselhamento sobre amamentação; fazem os exames físicos necessários; e identificam possíveis complicações, que possam surgir nos primeiros dias (SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice, 2023).

Além disso, os EEESMO são responsáveis por garantir que as mulheres recebam orientações sobre serviços de suporte comunitário, como programas de apoio à amamentação, e incentivam o acompanhamento no pós-parto com o médico de família em intervalos regulares de duas a seis semanas. Este acompanhamento contínuo demonstra o compromisso em garantir que as necessidades das mulheres e dos RN sejam atendidas a longo prazo, não apenas nos primeiros dias após o parto (SA Maternal, Neonatal e Gynaecology Community of Practice, 2023).

Zadoroznyj (2006) diz-nos que, embora o programa de saúde no pós-parto ofereça suporte considerável por meio de visitas domiciliares e programas como o *Mothercarer*, existem alguns desafios. O serviço é limitado por critérios específicos, como a elegibilidade para alta precoce, que inicialmente era definida para mulheres de parto normal até 24 horas, mas foi posteriormente expandida para incluir períodos de internamento mais longos, geralmente até 48 horas. Ainda assim, mulheres com partos complicados ou cesarianas, que requerem estadas mais prolongadas, podem não beneficiar plenamente desse suporte domiciliar. Outro desafio é a variabilidade dos serviços entre as diferentes regiões da Austrália. A prestação de cuidados domiciliares, no período pós-parto, pode depender da política de cada hospital ou localidade, o que pode

gerar desigualdades no acesso aos serviços, especialmente nas áreas rurais ou remotas. Nesses locais, o acesso a um EEESMO ou a serviços como o Mothercarer pode ser limitado, colocando mais pressão sobre os serviços comunitários e o próprio sistema de saúde (Zadoroznyj, 2006). Além disso, a carga de trabalho dos EEESMO pode impactar a frequência e a qualidade das visitas domiciliares, especialmente quando o número de profissionais é insuficiente para atender à demanda crescente de mulheres que recebem alta precoce. Isso é um ponto crítico, pois um acompanhamento insuficiente pode aumentar o risco de complicações não diagnosticadas atempadamente, tanto para a mãe quanto para o RN (Zadoroznyj, 2006).

Em Portugal, no SNS, a organização dos cuidados no pós-parto é regida pela Lei n.º 110/2019, que define o acompanhamento obrigatório para mulheres no período pós-parto. A legislação nacional prevê que, após a alta hospitalar, durante a primeira semana de pós-parto, o estabelecimento de saúde onde se realizou o parto deve garantir um contacto com a mãe, o pai ou o responsável pelo RN. Este contacto, que pode ser telefónico, tem o objetivo de fornecer orientação sobre cuidados com o RN, amamentação e saúde física e emocional da mulher. A Lei nº110/2019, também, exige a realização de uma consulta de pós-parto entre a quarta e a sexta semana após o parto, que ocorre no centro de saúde ou no hospital público. Essa consulta tem como objetivo avaliar a recuperação física da mãe, incluindo questões de saúde emocional, como a deteção precoce de depressão pós-parto, e também monitorizar o bem-estar do RN. Além disso, a legislação enfatiza a necessidade de planos de recuperação pós-parto, que devem ser desenvolvidos para apoiar a recuperação física e emocional das mulheres.

Limitações e recomendações futuras

Uma das limitações identificadas nesta *scoping review* prende-se com a escassez de programas estruturados disponíveis que abordem de forma sistematizada a alta no pós-parto e a continuidade dos cuidados materno-infantis. A falta de diretrizes padronizadas e a variabilidade entre os diferentes países dificultam a comparação entre modelos e a identificação de boas práticas replicáveis em outros contextos de saúde. Entretanto, embora a revisão tenha explorado várias programas foi identificada uma escassez de informações detalhadas para alguns países. Não foram encontrados documentos de literatura cinzenta ou artigos sobre países como Finlândia, Itália, Nova Zelândia e Espanha. Esta limitação reflete, possivelmente, a falta de estudos publicados sobre o tema

ou a ausência de dados específicos sobre as práticas de alta precoce e programas de acompanhamento domiciliar nesses contextos. Os próprios autores dos estudos analisados não são claros na descrição do desenvolvimento e da implementação desses programas.

A ausência de dados não deve ser vista como uma falha da revisão, mas sim como uma oportunidade para destacar áreas que necessitam de mais pesquisa e investigação futura. O mapeamento completo dos programas de alta no pós-parto, em todos os países de interesse, revelou lacunas importantes, especialmente em relação à implementação de programas estruturados (fatores facilitadores e barreiras) e ao impacto dessas práticas na saúde neonatal e materna. Ao abordar a ausência de dados, a discussão continua sólida e direciona a atenção para a importância de ampliar o corpo de conhecimento sobre o tema, permitindo uma análise mais completa e representativa no futuro.

Futuramente, seria essencial investigar os indicadores de saúde neonatal e materna associados a cada tipo de programa, com ênfase nas taxas de readmissão e satisfação materna, que são considerados fatores cruciais para a avaliação de políticas públicas em Portugal, e realizar até um outro tipo de estudo de investigação como por exemplo uma revisão sistemática. Dessa forma, a adoção de um programa flexível de alta no pós-parto, ajustado às necessidades locais e aos recursos de saúde disponíveis, pode ser uma estratégia eficaz e sustentável para melhorar o cuidado materno-infantil, em Portugal, à semelhança dos países revistos.

A presente revisão pode ter sido influenciada por limitações metodológicas, como a ausência de padronização na nomenclatura dos programas de alta, o que dificultou a identificação e seleção de estudos relevantes. Ademais, a inclusão de publicações a partir do ano de 2005 pode ter resultado na exclusão de modelos históricos que, embora mais antigos, poderiam oferecer contribuições significativas para a compreensão do tema. Observa-se ainda que a revisão concentrou-se maioritariamente em países cujos sistemas de saúde são organizados com base no Modelo Beveridge, o que pode restringir a generalização dos achados para contextos com diferentes formas de financiamento e organização dos serviços de saúde. Adicionalmente, as especificidades demográficas, culturais e socioeconómicas de cada país podem impactar diretamente a implementação e a adesão aos programas de alta, o que representa um desafio à extrapolação das melhores práticas para outros cenários.

4.4 Conclusão da *Scoping Review*

Como conclusão, destaca-se a diversidade de programas de alta no pós-parto em diferentes países, com enfoques variados dependendo da estrutura dos sistemas de saúde. Países como Suécia, Noruega e Dinamarca adotam modelos híbridos que combinam alta precoce com acompanhamento domiciliar estruturado, enquanto na Grécia e Irlanda há maior dependência do atendimento hospitalar. O Reino Unido e a Austrália procuram equilibrar a eficiência hospitalar com suporte comunitário, mas enfrentam desafios na coordenação dos cuidados. Em Portugal, o acompanhamento pós-parto é regulamentado, mas ainda há necessidade de ampliar e estruturar melhor os serviços de apoio domiciliar.

Quanto às limitações, destaca-se a falta de diretrizes padronizadas e a escassez de informações em alguns países, sugerindo a necessidade de mais pesquisas sobre o impacto desses programas na saúde materna e neonatal. A recomendação final aponta para a adaptação de um modelo flexível em Portugal, considerando as boas práticas internacionais e os recursos disponíveis para garantir um melhor suporte às mães e RN.

6. Conclusão Geral

O RENP representou o término de um processo de análise e reflexão sobre todo o percurso formativo realizado, resultando num crescimento pessoal e profissional significativo. Ao longo do ENP, foram desenvolvidas diversas atividades que contribuíram para a aquisição e o aprimoramento de um amplo conjunto de competências, incluindo competências gerais, competências específicas do EEESMO, bem como as inerentes ao grau de Mestre.

A diversidade de experiências, o contacto direto com mulheres e suas famílias, o envolvimento das instituições onde os estágios ocorreram e o apoio dos profissionais orientadores envolvidos foram elementos cruciais que enriqueceram a aprendizagem e o desenvolvimento profissional.

Além das competências técnicas específicas na área da enfermagem especializada, a elaboração deste relatório permitiu o aprimoramento de habilidades no âmbito pessoal, como a reflexão crítica sobre as experiências na prestação de cuidados e a subsequente escrita sobre as mesmas. Este progresso foi sustentado pelos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso, consolidando a formação de uma profissional mais qualificada e preparada para prestar cuidados especializados na área de saúde materna e obstétrica, baseados na melhor evidência científica disponível.

O tema central deste relatório e o foco de estudo de investigação foram os programas de alta no pós-parto em sistemas de saúde equivalentes ao sistema português segundo o Modelo Beveridge, através da elaboração de uma *scoping review*. O desenvolvimento desta *scoping review* permitiu mapear e analisar a literatura existente sobre programas de alta no pós-parto, sendo uma ferramenta valiosa para explorar uma área de investigação emergente e ainda pouco estudada, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da amplitude do tema.

Este estudo poderá, futuramente, contribuir para a elaboração de um novo programa de alta pós-parto, no qual se espera que o papel do EEESMO tenha particular destaque. A criação de um programa mais estruturado, fundamentado em evidências científicas sólidas, permitirá reforçar o foco no bem-estar das mulheres e famílias, assegurando uniformidade e qualidade na prática clínica.

No entanto, ao longo do processo de investigação, foram identificadas algumas dificuldades, nomeadamente na identificação de programas bem estruturados, nos quais os autores apresentassem claramente os intervenientes no processo de alta e as respetivas funções. Esta lacuna revelou-se um entrave à investigação, mas, ao mesmo tempo, constituiu uma oportunidade para o desenvolvimento da reflexão crítica da estudante em formação, nomeadamente na importância de desenvolver programas bem estruturados para que os mesmos sejam aplicados com eficácia e rigor.

Ainda assim, os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, tanto no âmbito da investigação em enfermagem, como no aprofundamento da metodologia científica aplicada, com destaque para a *scoping review* como uma abordagem rigorosa e apropriada para mapear um tema complexo. O domínio destas competências é essencial para que, no futuro, as práticas em ESMO sejam progressivamente alicerçadas nas melhores evidências disponíveis, promovendo avanços significativos na qualidade dos cuidados prestados no período pós-parto.

Considera-se, portanto, que todas as competências indispensáveis à obtenção do título de EEESMO foram desenvolvidas, tanto através da prestação de cuidados especializados como por meio da reflexão crítica e da integração da prática baseada em evidência científica, garantindo a conclusão bem-sucedida do grau de Mestre, e a qualificação para atuar com excelência na saúde materna e obstétrica.

Referências Bibliográficas

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>

Aflaifel, N., & Weeks, A. D. (2012). Active management of the third stage of labour. *BMJ*, 345, e4546. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4546>

Alfaro, M., Muñoz-Godoy, D., Vargas, M., Fuertes, G., Duran, C., Ternero, R., Sabattin, J., Gutierrez, S. & Karstegl, N. (2021). National Health Systems and COVID-19 Death Toll Doubling Time. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.669038>

Almeida, M. P., Silva, S. A., & Santos, M. A. (2012). Visita domiciliária no pós-parto: Avaliação das puérperas. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 25-32. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1644>

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. (2019). *Obstetrics and Gynecology*, 133(2), e164–e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion, Number 814. *Obstetrics and gynecology*, 136(6), e100–e106. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004167>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. (2019). *Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro*. Diário da República, 1.ª série. Recuperado de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>

Aydin, R., Deliktas, A., Korukcu, O., & Kabukcuoglu, K. (2017). Birth Journey of a Newborn: Transition from Intrauterine to Extrauterine Life. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*, 8, 01–06. <https://doi.org/10.18844/gjapas.v0i8.2780>

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

Barros P. P. (2007). The slow and unnoticed changes in the funding mix. *Health economics*, 16(5), 437–440. <https://doi.org/10.1002/hec.1241>

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.

Berbres, M., Hesselman, S., Ternström, E., & Schytt, E. (2024). Women's use of Swedish health care during the postpartum period in relation to maternal country of birth- A population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(10), 2101–2111. <https://doi.org/10.1111/aogs.14935>

Bowers, J., & Cheyne, H. (2016). Reducing the length of postnatal hospital stay: Implications for cost and quality of care. *BMC Health Services Research*, 16, 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1214-4>

Bradfield, Z., Hauck, Y., Duggan, R., & Kelly, M. (2019). Midwives' perceptions of being 'with woman': A phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 363. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4>

Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, (3), CD002958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958>

Burau, V., & Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 8(1), 63–76. <https://doi.org/10.1080/13876980500513558>

Campbell, O. M., Cegolon, L., Macleod, D., & Benova, L. (2016). Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low- and middle-income countries: Compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys. *PLoS Medicine*, 13(3), e1001972. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001972>

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. (n.d.). *Instituição*. CHPVVC.
<https://www.chpvvc.min-saude.pt/instituicao/>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Theoretical perspectives on transitions*. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 1-14

Chick, N., & Meleis, A.I. Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.).(1986). *Nursing research methodology*. (pp. 237-257). Aspen Publication. Cohen, W., & Friedman, E. (2015).

Cohen, W., & Friedman, E. (2015). Perils of the new labor management guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(4), 420-427.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.008>

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2022a). *Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (N.º 01/2022).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26640/posi%C3%A7%C3%A3o-1-2022_mceesmo_parto-fisiol%C3%B3gico-saud%C3%A1vel-e-normal_05072022.pdf

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2022b). *Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (N.º 22/2022). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25862/pronuncia-mceesmo_22-2022_ambientes-facilitadores-do-trabalho-de-parto.pdf

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_pad%C3%B5es-qualidadedos-cuidados-eesmo.pdf

Cooijmans, K. H. M., Beijers, R., Rovers, A. C., & de Weerth, C. (2017). Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 17(1), 154.
<https://doi.org/10.1186/s12887-017-0906-9>

Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3). <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Cwm Taf Morgannwg University Health Board. (2020). *Postnatal care guideline including discharge from hospital*. <https://cthb.intranet/Docs/Clinical/Maternity%20Policies%20and%20Procedures/Postnatal%20Care%20Guideline.pdf>

Danish Health Authority. (2022). *Pregnancy and birth in Denmark*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ukraine/Gravid/Ukraine-gravid-EN.ashx>

Department of Health. (2016). *Creating a better future together: National maternity strategy 2016-2026*. Department of Health, Ireland. <https://assets.gov.ie/18835/ac61fd2b66164349a1547110d4b0003f.pdf> [Descritores em: Ciências da Saúde: DeCS/Mesh \(2023\) São Paulo](#). <http://decs.bvsalud.org>

Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direcção-Geral da Saúde.

Domingos, A. R. D. (2019). *Competência cultural do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. [Relatório de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico. <http://hdl.handle.net/10400.19/6176>

Ellberg, L. (2008). *Postnatal care: Outcomes of various care options in Sweden*. [Tese de doutoramento, Umeå University]. Digitala Vetenskapliga Arkivet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:142099/fulltext01.pdf> Ellberg, L., Högberg, U., Lundman, B., Källén, K., Håkansson, S., & Lindh, V. (2008). Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 97(5), 579–583. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00714.x>

Ellberg, L., Lundman, B., Persson, M. E., & Hogberg, U. (2005). Comparison of health care utilization of postnatal programs in Sweden. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 34(1), 55–62. <https://doi.org/10.1177/0884217504273128>

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). “Trabalho de Parto” in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). LIDEL.

Ferrão, A., & Zangão, B. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estadio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1). [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)

Forster, D. A., McLachlan, H. L., Yelland, J., Rayner, J., Lumley, J., & Davey, M. A. (2006). Staffing in postnatal units: is it adequate for the provision of quality care? Staff perspectives from a state-wide review of postnatal care in Victoria, Australia. *BMC health services research*, 6, 83. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-83>

Forster, D., McLachlan, H., Yelland, J., Rayner, J., & Lumley, J. (2005). PinC: A review of in-hospital postnatal care in Victoria. La Trobe University.

Glavin, K., Solberg, B., & Sæther, K. M. (2023). Introducing Norwegian parents to the Circle of Security Parenting program during the postpartum period: A qualitative descriptive study. *Public Health Nursing*, 40(3), 428–438. <https://doi.org/10.1111/phn.13180>

Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. G. (2021). *Manual de investigação qualitativa: Conceção, análise e aplicações*. PACTOR.

Graça, L. M. (2017) *Medicina Materno-fetal* (5ª ed.). LIDEL.

Gülmezoglu, A. M., Lumbiganon, P., Landoulsi, S., Widmer, M., Abdel-Aleem, H., Festin, M., Carroli, G., Qureshi, Z., Souza, J. P., Bergel, E., Piaggio, G., Goudar, S. S., Yeh, J., Armbruster, D., Singata, M., Pelaez-Crisologo, C., Althabe, F., Sekweyama, P., Hofmeyr, J., Stanton, M. E., ... Elbourne, D. (2012). Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet (London, England)*, 379(9827), 1721–1727. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60206-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60206-2)

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007). Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems. *Social Policy & Administration*, 41(6), 574–596.

Healy, I. M. (2012). *Rethinking postnatal care: A Heideggerian hermeneutic phenomenological study of postnatal care in Ireland*. [Tese de Doutorado, University of Central Lancashire]. CLoK. <http://clock.uclan.ac.uk/6654/>

Hildingsson, I. M., & Sandin-Bojo, A.-K. (2011). What could indeed be better: Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27(5), 737–744. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.007>

Hildingsson, I., & Thomas, J. E. (2007). Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.10.023>

Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: Number of visits, continuity of caregiver, and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(2), 118–125. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810206.x>

Hudson, D. B., Elek, S. M., & Fleck, C. M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 24(1), 31–43. <https://doi.org/10.1080/014608601300035580>

Im, E.-O., & Meleis, A. I. (1999). The theory of transition: A framework for nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 191–196.

Independent Expert Review Group (iERG). (2013). *The second report of the independent expert review group (iERG) in information and accountability for women's and children's health*. World Health Organization.

International Council of Nurses. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2.0*. Ordem dos Enfermeiros.

Joanna Briggs Institute. (2021). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBIMES 2021 April*. Joanna Briggs Institute. https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4685874/Downloadable+PDF+current+version?attachment=/rest/api/content/4685874/child/attachment/att4691824/download&type=application/pdf&filename=JBIMES_2021April.pdf

Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P. G., & Brown, S. J. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD002958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958.pub2> Kiely, M., Drum, M. A., & Kessel, W. (1998). Early discharge: Risks, benefits, and who decides. *Clinical Perinatology*, 25(3), 539–553.

Kulesher, R. R., & Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127-139.

Kutzin J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 56(3), 171–204. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(00\)00149-4](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(00)00149-4)

Kutzin, J., Ibraimova, A., Jakab, M., & O'Dougherty, S. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(7), 549–554. <https://doi.org/10.2471/blt.07.049544>

Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems--an international review: an overview. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 14 Suppl 6, 3–9. https://doi.org/10.1093/ndt/14.suppl_6.3

Landspítali University Hospital. (2021). *Going home after giving birth: Information for parents*. <https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegarskrar/Gagnasafn/Sjuklingar-og-adstandendur/Sjuklingafrædsla--->

Upplysingarit/Kvennadeildir/going_home_after_giving_birth-information_for_parents_2021_2.pdf

Langen, E. S., Weiner, S. J., Bloom, S. L., Rouse, D. J., Varner, M. W., Reddy, U. M., Ramin, S. M., Caritis, S. N., Peaceman, A. M., Sorokin, Y., Sciscione, A., Carpenter, M. W., Mercer, B. M., Thorp, J. M., Jr, Malone, F. D., Iams, J. D., & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network (2016). Association of Cervical Effacement With the Rate of Cervical Change in Labor Among Nulliparous Women. *Obstetrics and gynecology*, 127(3), 489–495. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001299>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>

Lindberg, I., Ohrling, K., & Christensson, K. (2008). Expectations of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden. *International journal of circumpolar health*, 67(5), 472–483. <https://doi.org/10.3402/ijch.v67i5.18354>

Lindblad, V., Gaardsted, P. S., & Melgaard, D. (2021). Early discharge of first-time parents and their newborn: A scoping review. *European Journal of Midwifery*, 5, 46. <https://doi.org/10.18332/ejm/140792>

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade* (8ª ed.). Lusodidata.

Machado, H. (Coord.). (2013). *Manual de Anestesiologia*. LIDEL.

Martins, C. A. (2009). *Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura (Parte I)*. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13291/1/Transi%c3%a7%c3%a3o>

Martins-Costa, S. H., Schroeder, S. S., Casanova, G. K., & Ramos, J. G. L. (2017). Assistência ao parto. In A. Martins-Costa et al. (Eds.), *Rotinas em obstetrícia* (7ª ed.). Artmed.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5ª ed.). Wolters Kluwer Health.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation specific in theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2013). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., & Im, E. O. (2000). From fragmentation to integration: Situation-specific theories. In N. L. Chaska (Ed.), *The nursing profession: Tomorrow and beyond* (pp. 881-891). Sage Publications.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., & Messias, D. K. H. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

Mercer, R. (2002). *Transitions to parenthood*. Nurse key.

Ministério da Saúde. (2023). *Proposta da rede de referência hospitalar em obstetrícia, ginecologia e neonatologia*. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>

Ministério da Saúde. (s.d.). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/918/10036/1031471/Pages/default.aspx>

Ministério da Saúde. (s.d.). *Obstetrícia e Ginecologia. Unidade Local de Saúde de Vila Do Conde/ Póvoa de Varzim*. <https://www.chpvvc.min-saude.pt/servicos-clinicos/departamento-da-saude-da-mulher-e-da-crianca/obstetricia-e-ginecologia/>

Monteiro, N., Rodrigues, T., Ramanho, C., & Ayres Campos, D. (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal* (3^a ed.). LIDEL.

Monteiro-Grilo, A. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: Situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 3(7), 93-112. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722012000200006

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Postnatal care* (NG194). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). *Intrapartum care: Care throughout labour in all birth settings*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations#care-throughout-labour-in-all-birth-settings>

National Institute for Health and Care Excellence. (2001). *Intrapartum care for healthy women and babies (NICE Guideline No. 55)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg55>

Nyström, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of advanced nursing*, 46(3), 319–330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x>

Nystrom, K., & Ohrling, K. (2004). The experience of parenthood during the child's first year: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 259–268. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15066113/>

Ordem dos Enfermeiros (OE) e Associação Portuguesa de Enfermagem Obstétrica (APEO). (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada*. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho. *Diário da República*, (123/2018, Série II). Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2018-115603190>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Norma para a dor. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/normas/dor/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Regulamento n.º 140/2019). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019c). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Regulamento n.º 391/2019 – *Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto: Orientação* n.º 018/2020 de 22/04/2020. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (PQCEESMO)*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Promoção e preparação para o parto: Guia de boas práticas*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Guia: Cuidados ao recém-nascido saudável*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf

Pádua, A. R., Melo, E. M., & Alvarelhão, J. J. (2022). An intervention program based on regular home visits for improving maternal Breastfeeding self-efficacy: a pilot study in Portugal. *Maternal and Child Health Journal*, 26(3), 575-586. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-021-03361-7>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement:

an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., & Tziaferi, S. (2018a). A survey of Greek women's satisfaction of postnatal care. *AIMS Public Health*, 5(2), 158–172. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2018.2.158>

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., Kolovos, P., & Tziaferi, S. (2018b). Women's views of postnatal care and evaluation of an intervention of postnatal home visits in Greece. *International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases*, 4(3), 20-36.

Parreira, P. (2005). O método individual de cuidados: vantagens e desafios na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 65-69.

Perez, P. (2000). *Birth balls: The use of physical therapy balls in maternity care*. Cutting Edge Press.

Perils of the new labor management guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(4), 420-427. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.008>

Persson, E. K., & Dykes, A. K. (2002). Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, 18(1), 53–60. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0296>

Persson, E. K., Kvist, L. J., & Ekelin, M. (2018). Midwifery students' experiences of learning through the use of written reflections: An interview study. *Nurse Education in Practice*, 30, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.005>

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>

Physicians for a National Health Program. (s.d.). *Health care systems – Four basic models*.

https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

Pinheiro, A. (2016). Promoção do parto normal. In M. Néné, M. Rosália, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 324-333). LIDEL.

Pinheiro, S. C. M., & Coutinho, E. C. (2012). Diferentes olhares sobre a presença de uma pessoa significativa no parto: Visão da puérpera, pessoal de saúde, pessoa significativa. [Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório IPV. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1800?mode=full>

Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth: Meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20160366. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>

Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25(3), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>

Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 204-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01875.x>

Rayner, J. A., Forster, D., McLachlan, H., Yelland, J., & Davey, M. A. (2008). A state-wide review of hospital postnatal care in Victoria, Australia: The views and experiences of midwives. *Midwifery*, 24(3), 310–320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.008>

Reece SM, Harkless G. Self-Efficacy, Stress, and Parental Adaptation: Applications to the Care of Childbearing Families. *Journal of Family Nursing*. 1998;4(2):198-215. doi:[10.1177/107484079800400206](https://doi.org/10.1177/107484079800400206)

Region of Southern Denmark. (2016). *Pregnancy, childbirth and maternity: Leaflet for pregnant women in the Region of Southern Denmark*. <https://www.regionsyddanmark.dk/gravid>

Regulamento n.º 122/2011 *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (2011). [Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18](#).

Regulamento n.º 127/2011 *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica* (2011). [Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18](#).

Regulamento n.º 140/2019 *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (2019). [Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06](#).

República Portuguesa. (2014). Lei n.º 15/2014, de 21 de março. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 57. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Royal College of Midwives. (2018). *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. London: Royal College of Midwives. <https://docslib.org/doc/10121592/rcm-midwifery-care-in-labour-guidance-for-all-women-in-all-settings>.

SA Health. (s.d.). *Maternal, neonatal and gynaecology community of practice*. Recuperado em 14 de fevereiro de 2025, de <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+governance+and+leadership/communities+of+practice/maternal+neonatal+gynaecology+community+of+practice>

SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice. (2023). *South Australian perinatal practice guideline: Postnatal care: Routine care of the well woman and neonate*. Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia. <https://www.sahealth.sa.gov.au/>

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (Coord.). (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. LIDEL.

Sievertsen, H. H., & Wüst, M. (2017). Discharge on the day of birth, parental response and health and schooling outcomes. *Journal of Health Economics*, 55, 121-138. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.012>

Silva, M., & Souza, J. (2023). A importância da investigação em enfermagem para a saúde global. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 5(3), 123-135.

Simkin, P. P., & O'hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5 Suppl Nature), S131–S159. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.122382>

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>

Smith, H., Harvey, C., & Portela, A. (2022). Discharge preparation and readiness after birth: a scoping review of global policies, guidelines, and literature. *BCM pregnancy and childbirth*, 22(1), 281. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-022-04577-3>

Sng, B. L., Leong, W. L., Zeng, Y., Siddiqui, F. J., Assam, P. N., Lim, Y., Chan, E. S., & Sia, A. T. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(10), CD007238. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>

Soares, A. (2008). *Investigação sobre a adaptação à parentalidade* [Tese de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa: Rapport nr 76*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/rapport/2016-4-1.pdf>

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2017). *Norma: Episiotomia e proteção do períneo no parto vaginal*. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Episiotomia.pdf

Souza, C. J., & Valente, G. S. C. (2017). Formação pedagógica do enfermeiro docente baseada em competências: Exigência ou necessidade? *European Journal of Education Studies*, 3(3), 241-261. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.291993>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Lusodidacta.

Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

Suri H. (2020) Ethical Considerations of Conducting Systematic Reviews in Educational Research. In: Systematic Reviews in Educational Research.

Taavoni, S., Abdollahian, S., Haghani, H., & Neysani, L. (2011). Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *Journal of midwifery & women's health*, 56(2), 137–140. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2010.00013.x>

Tharpe, N. L., Farley, C. L., & Jordan, R. G. (2013). *Clinical practice guidelines for midwifery & women's health* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

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>

UNICEF. (s.d.). Manual do aleitamento materno. UNICEF Portugal. Recuperado em 14 de Fevereiro de 2025, de <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Verpe, H., Kjelleevold, M., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Stormark, K.M., Søvik, M. L., & Skotheim, S. (2020). Early postpartum discharge: Maternal depression, breastfeeding habits, and different follow-up strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 945-955. <https://doi.org/10.1111/scs.12604>

Wallace L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of family medicine*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.1484> Weale A. (2015). Reflecting on 'Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems'. *Health economics, policy, and law*, 10(4), 431–435. <https://doi.org/10.1017/S1744133115000171>

Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>

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>

World Health Organization (WHO) (2015). *Declaração da WHO sobre taxas de cesariana* (WHO/RHR/15.05). WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf

World Health Organization (WHO) (2022a) [WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1). World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1)
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>.

World Health Organization (WHO). (1996). *Care in normal birth: A practical guide*. Reproductive Health and Research, World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2006). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care* (reimpressão com alterações, edição de 2009). Em Safer DoMP (Ed.). World Health Organization.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. World Health Organization.

World Health Organization. (1998). *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*. World Health Organization.

World Health Organization. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization.

World Health Organization. (2013). WHO recommendations on: Postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>

World Health Organization. (2017). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice* (3rd ed.).
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2018a). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>

Zadoroznyj, M. (2006). Surveillance, support and risk in the postnatal period. *Health Sociology Review*, 15(4), 353-363. <https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.4.353>

ANEXO I: Tabela de extração de dados

1. INFORMAÇÕES GERAIS	
Data de extração dos dados: _____	
2. DETALHES DA SCOPING REVIEW	
Título: Programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge - uma scoping review	
Objetivo: Mapear o conhecimento científico existente acerca dos programas de alta pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge.	
Questão de investigação: “Quais são os programas de alta no pós-parto em países com sistemas de saúde equivalentes a Portugal segundo o Modelo Beveridge?”	
<u>Critérios de inclusão/exclusão:</u>	
População: enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica	
Conceito: programas de alta pós-parto	
Contexto: países equivalentes a Portugal do ponto de vista do financiamento do sistema de saúde	
3. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	
Título	
Autores	
Ano (publicação)	
País (origem)	
Objetivo(s)	
Palavras-chave	
População em estudo	

Amostra	
Contexto	
Conceitos	
Metodologia	
Resultados	
Conclusões	