

Evolução e Tendências dos Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica

***Maria Otilia Brites Zangão
Ana Cristina Canhoto Ferrão
(Organizadoras)***

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Evolução e Tendências dos Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica

***Maria Otilia Brites Zangão
Ana Cristina Canhoto Ferrão
(Organizadoras)***

Atena
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Lara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDP

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Evolução e tendências dos cuidados de saúde materna e obstétrica

Diagramação: Ellen Andressa Kubisty
Correção: Soellen de Britto
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadoras: Maria Otília Brites Zangão
 Ana Cristina Canhoto Ferrão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
E93	<p>Evolução e tendências dos cuidados de saúde materna e obstétrica / Organizadoras Maria Otília Brites Zangão, Ana Cristina Canhoto Ferrão. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1756-9 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.569232408</p> <p>1. Obstetrícia. I. Zangão, Maria Otília Brites (Organizadora). II. Ferrão, Ana Cristina Canhoto (Organizadora). III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 618.2</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil
 Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

A obra “Evolução e Tendências dos Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica”, tem como foco principal contribuir para a reflexão acerca da evolução e tendências que a Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica tem tido, mediante a apresentação de 7 capítulos que versam a temática sob várias perspetivas.

A obra abordará de forma categorizada pesquisas desenvolvidas por estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, na Unidade Curricular – Evolução e Tendências dos Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica.

Partindo do enquadramento legal da profissão de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de acordo com a Diretiva Europeia n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro e a Diretiva 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de novembro de 2006, relativas ao reconhecimento de qualificações profissionais, assim como a determinados aspetos do exercício da profissão, transpostas para a ordem jurídica Portuguesa na lei n.º 9/2209 e para o ordenamento jurídico espanhol através del Real Decreto 1837/2008, de 8 de novembro, expondo as diferenças formativas e profissionais entre Portugal e Espanha.

Foi importante compreender a evolução da carreira de parteira e de que modo isso fez alterar o paradigma do parto domiciliar em Portugal, verificando-se que a evolução na formação destes profissionais aumentou a qualidade dos cuidados prestados, diminuindo a mortalidade materna e perinatal, por outro lado esta evolução levou que o parto passasse a ser um ato institucionalizado e medicalizado, diminuindo o parto domiciliar em Portugal. Relativamente a Espanha, os estudos evidenciaram que a evolução formativa influenciou o desenvolvimento da profissão da parteira, assumindo-se a necessidade de um esforço contínuo para a constante valorização da mesma.

O parto e a assistência ao parto têm vindo a sofrer, ao longo do tempo, várias mudanças que modificaram a vivência deste acontecimento, tal como vimos com a evolução da profissão, que trouxe mudanças no ambiente em que ocorrem os partos. No mesmo sentido, o papel do acompanhante durante o trabalho de parto também evoluiu nos últimos 20 anos, tendo este, atualmente, uma maior e mais ativa participação, e estando mais integrado pelos profissionais de saúde.

O ambiente da prática clínica, pode ser delimitado como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou restringem a prática profissional de enfermagem, assim, ambientes favoráveis à prática de enfermagem são, facilitadores de maior satisfação e menor margem para que os profissionais

possam cometer erros que afetem a qualidade dos cuidados prestados. Nesse sentido, é necessária a presença e adequação das dotações das enfermeiras obstétricas nestes serviços, e tal pode contribuir para a redução de custos de internamento, menor probabilidade de comorbilidade materno-infantil, consequentemente maior satisfação do cliente e cuidados de saúde de melhor qualidade.

Por outro lado, a implementação de protocolos de segurança, como a checklist do parto seguro, com o intuito de reduzir a ocorrência de eventos adversos tem um efeito positivo na qualidade e segurança dos cuidados prestados durante o trabalho de parto e pós-parto, na gestante, puérpera e recém-nascido.

CAPÍTULO 1 1**ENQUADRAMENTO LEGAL DA PROFISSÃO DE ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Pablo Lojo Oliveira

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Maria Otília Brites Zangão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5692324081>**CAPÍTULO 2 14****EVOLUÇÃO DAS PARTEIRAS E DO PARTO DOMICILIAR EM PORTUGAL: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Inês Atanásio

Inês Custódio

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Maria Otília Brites Zangão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5692324082>**CAPÍTULO 3 28****A EVOLUÇÃO DO PAPEL DA PARTEIRA EM ESPANHA**

Ana Catarina Nunes Caetano da Silva

Catarina dos Santos Pires

Sandra Avila Silva

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Maria Otília Brites Zangão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5692324083>**CAPÍTULO 4 40****O ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Carolina Isabel Bentes Gomes

Miriam Márquez Gambín

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Maria Otília Brites Zangão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5692324084>**CAPÍTULO 5 51****AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA CLÍNICA: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Carolina Araújo

Inês Serafim

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Maria Otília Brites Zangão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5692324085>**CAPÍTULO 6 63****DOTAÇÕES SEGURAS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: UNIDADES DE INTERNAMENTO DE**

PUERPÉRIO

Cátia Ferreira

Débora Fernandes

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Maria Otília Brites Zangão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5692324086>**CAPÍTULO 7 74****SEGURANÇA DO DOENTE: PARTO SEGURO**

Fátima Cristiana da Costa Teixeira

Maria Fernandes Pinto Bessa

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Maria Otília Brites Zangão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5692324087>**SOBRE AS ORGANIZADORAS 89****ÍNDICE REMISSIVO 91**

ENQUADRAMENTO LEGAL DA PROFISSÃO DE ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de submissão: 13/0/2023

Data de aceite: 02/08/2023

Pablo Lojo Oliveira

Área Sanitária de Santiago de Compostela
e Barbanza, Servicio de Medicina interna
A Coruña - España
<http://orcid.org/0009-0007-9460-7792>

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Serviço
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Barreiro - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8484-665X>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC), Universidade de Évora, Escola
Superior de Enfermagem São João de
Deus
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

RESUMEN: Enquadramento: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Materna e Obstétrica é o profissional de saúde de referência no que respeita aos cuidados à mulher. O seu acesso e formação está regulamentado a nível internacional, europeu e nacional, centrando-se neste trabalho nas duas últimas regulamentações. Objetivo: Expor as diferenças formativas e profissionais entre o EEESMO em Portugal

e a Matrona em Espanha. Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o referido tema a nível nacional e europeu, centrando-se neste último caso na normativa espanhola. Resultados: Neste estudo, detetam-se ligeiras diferenças nas competências laborais entre o EEESMO em Portugal e a Matrona em Espanha, bem como no acesso à sua formação. Contempla-se uma modalidade de formação universitária específica e outra modalidade mediante um estágio após aprovação num exame nacional. Conclusões: O programa de formação do EEESMO e da Matrona deve respeitar os critérios estabelecidos pelos regulamentos e estatutos nacionais e europeus. Por detrás de um processo de formação aparentemente igual, a experiência é completamente diferente para obter o mesmo resultado no final, ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

PALAVRAS-CHAVE (DeCS): Parteira; Competência Clínica; Enfermeiras Obstétricas

LEGAL FRAMEWORK FOR THE MATERNAL AND OBSTETRIC HEALTH NURSING PROFESSION: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Background: The Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Nursing is the reference health professional in women's care. Their access and training is regulated at the international, European and national levels, focusing on the last two regulations. Objective: To expose the formative and professional differences between the EEESMO in Portugal and the Midwifery in Spain. Methodology: A bibliographic research was carried out on the referred theme at national and European level, focusing in the latter case on the Spanish regulations. Results: In this study, slight differences are detected in the labor competencies between the EEESMO in Portugal and the Matrona in Spain, as well as in the access to their training. There is a specific university training modality and another modality through an internship after passing a national exam. Conclusions: The training program of the EEESMO and Midwifery must respect the criteria established by national and European regulations and statutes. Behind an apparently equal training process, the experience is completely different to obtain the same result at the end, to be a Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing. **KEYWORDS (DeCS):** Midwifery; Clinical Competence; Nurse Midwives

1 | INTRODUÇÃO

Sendo a gravidez um processo fisiológico, vivido por muitos milhões de mulheres ao longo da história da humanidade, que culmina com o nascimento de uma ou mais crianças, a acessibilidade de cuidados qualificados durante a gravidez, o parto e o pós-parto, bem como o planeamento da gravidez, demonstraram reduzir drasticamente a morbilidade e a mortalidade materna, fetal e infantil. O grande desafio actual consiste em manter e, se possível, melhorar ainda mais estes indicadores.

Para tal, são necessários profissionais de saúde especializados. No presente estudo iremos debruçar-nos sobre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), expondo o seu programa de formação e enquadrando o quadro legal das suas competências, uma vez que este tem sido definido como o profissional de saúde que tradicionalmente se dedica aos cuidados à mulher durante a gravidez e o parto de baixo risco, tendo este profissional outras competências reconhecidas no âmbito gineco-obstétrico tanto a nível nacional como internacional (BERRUECOS-PRADA et al., 2021).

O tema escolhido reveste-se de especial interesse porque, enquanto enfermeiros generalistas e futuros enfermeiros do EEESMO, devemos saber quais são as nossas competências, tanto autónomas como interdependentes, para podermos oferecer cuidados de qualidade aos nossos futuros pacientes, sensibilizando assim a sociedade para a nossa profissão e contribuindo para a sua valorização.

Para justificar a escolha deste tema, importa referir que Portugal ocupa uma posição de destaque no domínio da saúde materno-infantil. As consultas de planeamento familiar, o acompanhamento da gravidez, os partos assistidos em unidades bem equipadas e assistidas por especialistas são “vias verdes” que garantem o acesso sem discriminação

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2021).

Sendo os EEESMO profissionais essenciais nas actividades acima referidas, parece de vital interesse dar a conhecer o programa de formação e definir o perfil de competências específicas dos EEESMO. Objetivo do trabalho: Expor as diferenças formativas e profissionais entre o EEESMO em Portugal e a Matrona em Espanha.

2 | METODOLOGÍA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura em diferentes bases de dados científicas; Pubmed e SciELO, em inglês, português e espanhol, bem como nos regulamentos e estatutos nacionais e europeus da profissão de EEESMO, durante os meses de Fevereiro e Abril de 2023.

Para isso, desenvolvemos o tema do assunto que vamos tratar, depois fizemos uma lista das bases de dados e textos relevantes em que vamos pesquisar e uma lista de palavras-chave e frases que considerámos essenciais para restringir a pesquisa. Estas palavras-chave são: Parteira; Competência Clínica; Enfermeiras Obstétricas.

Depois de concluídos estes passos, iniciou-se a pesquisa bibliográfica, tomando notas em cada base de dados, de modo a monitorizar a pesquisa. Para os artigos científicos, foi efetuada uma pesquisa em texto livre com vocabulário controlado através de thesauri, neste caso o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado pela National Library of Medicine para a indexação de artigos de revistas biomédicas incluídos na sua base de dados. O operador booleano AND foi utilizado como ferramenta para combinar os diferentes termos da nossa pesquisa. Devido às características do estudo, foram selecionados como bibliografia principal os regulamentos e estatutos da profissão, bem como dois artigos científicos, o mais antigo dos quais data de 2018. Toda a literatura foi revista e todos os resultados foram compilados num relatório. Devido à extensão do trabalho, estes regulamentos foram implementados no trabalho como documentos anexos. Por fim, a literatura obtida foi revista e comparada com o tema a abordar, verificando-se a existência de concordância.

3 | RESULTADOS

O EEESMO é uma profissão regulamentada a nível internacional, europeu e nacional (serão analisadas as duas últimas regulamentações). A nível europeu, são evidentes duas modalidades de formação; como profissão autónoma, Parteira, (que não será abordada no presente trabalho) e como modalidade de formação especializada após aprovação prévia nos estudos universitários de Licenciatura em Enfermagem, certificada por um diploma ou outro título emitido pelas autoridades ou organismos competentes do Estado onde os estudos são efetuados.

Quanto ao programa de formação do EEESMO em Portugal, que na legislação

européia assume a designação de Parteira, é um enfermeiro habilitado com um curso de especialização, uma pós-graduação, ou um Mestrado numa área científica que confira competência para a prestação de cuidados especializados, que tenha obtido um título profissional que lhe reconheça competência científica, técnica e humana para prestar, para além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados no domínio da Saúde Materna e Obstétrica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2021).

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica confere o grau académico e, simultaneamente, reconhece pela Ordem dos Enfermeiros a competência necessária para prestar cuidados à mulher da família/comunidade no ciclo gravídico-puerperal, bem como para prestar cuidados na área da saúde sexual e reprodutiva. Deve contemplar um programa de formação desenvolvido por uma Instituição de Ensino Superior, Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde, com um Currículo previamente aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021, Diretiva 2005/36/CE; Diretiva 2013/55/UE). O plano curricular tem a duração de dois anos, organizado em 4 semestres, 18 meses a tempo inteiro em regime diurno que podem ser expressos sob a forma de créditos ECTS (120 obrigatórios na ECTS). Está em conformidade com as diretrizes da Comunidade Europeia, do Conselho de Enfermagem e Parteiros e da Confederação Internacional de Parteiros. Garante uma formação sólida, assegura a aquisição de competências e permite a livre circulação no espaço europeu (UÉ, 2019).

De acordo com o artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto: 1. Podem aceder ao ciclo de estudos: a) Os titulares do grau de licenciado em enfermagem ou equivalente legal; b) Os titulares de um grau académico superior estrangeiro em enfermagem conferido após a 1. c) Titulares de um grau académico superior estrangeiro em enfermagem que seja reconhecido pelo órgão científico estatutariamente competente do estabelecimento de ensino superior onde pretendem ser admitidos como satisfazendo os objetivos do grau de licenciado; d) Detentores de um currículo escolar, científico ou profissional na área de enfermagem que seja reconhecido pelo órgão científico estatutariamente competente do estabelecimento de ensino superior onde pretendem ser admitidos como atestando capacidade para a realização deste ciclo de estudos. O reconhecimento a que se referem as alíneas b) a d) do n.º 1 tem apenas como efeito o acesso ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre e não confere ao seu titular a equivalência ao grau de licenciado ou o reconhecimento deste grau. 3 - Ser detentor do título profissional de enfermeiro; 4 - Para a obtenção do título de especialista pela Ordem Profissional, nos termos do artigo 12.º da Portaria n.º 268/2002, de 13 de Março, ter pelo menos dois anos de exercício profissional como enfermeiro.

O quadro regulamentar aplicável à avaliação da qualidade e à acreditação do ensino superior inclui, para além do conjunto de diplomas legislativos aplicáveis à matéria, os regulamentos entretanto aprovados e publicados pelo Conselho Diretivo da A3ES relativos, nomeadamente, aos procedimentos de avaliação e acreditação, às taxas e aos prazos de

apresentação dos pedidos de acreditação (UÉ, 2019).

Este programa de estudos para a atribuição do grau de EEESMO inclui duas vertentes: formação teórica e técnica e formação prática e clínica. No domínio da formação teórica (60 ECTS) cumpre o disposto no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro de 2011, relativo às competências comuns ao enfermeiro especialista.

Deve incluir disciplinas com uma componente teórica comum, tais como: enfermagem, investigação, gestão e ética e deontologia. Específicos: planeamento familiar e preconceção, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia, comunidade. Devem ser incluídos os seguintes domínios disciplinares:

1. Disciplinas básicas: noções fundamentais de anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia e bioquímica; pediatria, especificamente no que respeita ao recém-nascido; higiene; educação para a saúde; prevenção da doença; rastreio precoce; nutrição e dietética, especificamente para a alimentação da mulher, do recém-nascido e do lactente; noções fundamentais de sociologia; farmacologia; pedagogia; psicologia; legislação da saúde; organização da saúde; deontologia e legislação profissional; educação sexual e planeamento familiar e proteção jurídica da mãe e da criança.
2. Disciplinas específicas das atividades do EEESMO: anatomia e fisiologia; embriologia e desenvolvimento fetal; gravidez, parto e puerpério; patologia ginecológica e obstétrica; preparação para o parto e para a parentalidade, incluindo os aspetos psicológicos; preparação para o parto; analgesia, anestesia e reanimação; fisiologia e patologia do recém-nascido; cuidados e acompanhamento do recém-nascido; fatores psicológicos e sociais.

Os estágios práticos (60 ECTS) são obrigatoriamente realizados sob a supervisão do EEESMO em contextos clínicos passíveis de creditação, devendo incluir, no mínimo, as seguintes experiências práticas (Lei n.º 25/2014, de 2 de Maio):

1. Consulta de grávidas, incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais; 2. Acompanhamento/assistência e cuidados prestados a, pelo menos, 40 parturientes; 3. Realização, pelo formando, de, pelo menos, 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido para um mínimo de 30, desde que o formando assista a mais 20 partos; 4. Participação ativa nos partos com apresentação pélvica; 5. Se tal não for possível devido a um número insuficiente de partos pélvicos, deve ser efetuado um treino de simulação; 6. A indução incluirá ensino teórico e exercícios clínicos. A prática de sutura inclui a sutura de episiotomias e lacerações perineais simples, podendo ser efetuada de forma simulada se essencial; 7. Acompanhamento/assistência e cuidados a 40 grávidas, durante e após o parto, em risco; 8. Acompanhamento/assistência e cuidados, incluindo exame, a pelo menos 100 parturientes normais e recém-nascidos; 9. Observação e assistência a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes e depois do termo, bem como recém-nascidos de baixo peso e recém-nascidos com baixo peso à nascença e recém-nascidos doentes; 10.

Assistência a mulheres com condições patológicas no domínio da ginecologia e obstetrícia; 11. Iniciação à assistência em medicina e cirurgia - A iniciação incluirá instrução teórica e exercícios clínicos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2021).

Por fim, o curso exige a realização de provas públicas para a defesa de um relatório/trabalho de projeto/dissertação perante um júri de peritos na área de especialização. O curso de dois anos, combinando as partes teórica e prática, garante a formação e a certificação de competências que conferem o respetivo título profissional de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Relativamente ao quadro legal de competências do EEESMO, a Comissão Europeia disponibiliza estatutos e regulamentos sobre as profissões regulamentadas na Europa, sendo que a profissão de Parteira, como é designada internacionalmente, está regulamentada em 32 países por força do artigo 40º da Diretiva 2005/36/CE. Esta regulamentação indica que em Portugal esta profissão é exercida pelos EEESMO que possuem formação e qualificação profissional legalmente reconhecida. Estes profissionais regem-se por um código deontológico constante do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro de 2009).

O EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção: Assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença na área do planeamento familiar e preconceção, gravidez, parto, puerpério, cuidados ao recém-nascido, climatério, ginecologia e comunidade: Presta assistência à mulher, atuando no meio em que vive e se desenvolve, de forma a promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença (BERRUECOS-PRADA et al., 2021).

Na sua prática profissional, o EEESMO assume intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como as que envolvem processos fisiológicos e processos normais de vida no ciclo reprodutivo da mulher, e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como as que envolvem processos patológicos e processos disfuncionais de vida no ciclo reprodutivo da mulher.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica são as seguintes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2021):

1. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade na área do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional: estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde para promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e da parentalidade.
2. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal: melhorando a sua saúde, detetando e tratando precocemente complicações e promovendo o bem-estar materno e fetal.
3. Cuida da mulher na família e na comunidade durante o trabalho de parto:

realizando o parto num ambiente seguro, a fim de otimizar a saúde da mãe e do recém-nascido na sua adaptação à vida fora do útero.

4. Cuida da mulher na família e na comunidade durante o período pós-natal: no sentido de promover a saúde da parturiente e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.
5. Cuidados à mulher na família e na comunidade durante o climatério: no sentido de promover a saúde, apoiar o processo de transição e adaptação à menopausa.
6. Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica: no sentido de promover a saúde e tratar a patologia.
7. Cuida do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade: Cuida do grupo alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Relativamente às saídas profissionais do EEESMO, o aluno pode realizar o livre exercício da profissão ou exercer a profissão em instituições públicas ou privadas, nomeadamente: hospitais gerais e hospitais especializados (maternidades); centros de saúde; escolas; clínicas médicas e de enfermagem; empresas. Após a conclusão do curso, com a discussão do relatório/trabalho de projecto/dissertação em provas públicas, será atribuído o título de Mestre. Mediante a apresentação do diploma de conclusão do curso à Ordem dos Enfermeiros, é possível aceder à categoria profissional de enfermeiro especialista, recebendo assim o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros e o título de Mestre atribuído pela Universidade (UÉ, 2019).

No que diz respeito ao programa de formação de Enfermeira Obstetra-Ginecológica (Parteira) em Espanha, importa referir que segue a regulamentação europeia e se rege pela regulamentação nacional; o Diário Oficial do Estado de 2009, mas existem ligeiras diferenças em função das 17 Comunidades Autônomas espanholas, que têm as suas próprias regulamentações mais atualizadas. Para exercer a profissão, é necessário estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros da Comunidade Autônoma em que são prestados os serviços profissionais.

Nome oficial da especialidade: Enfermagem Obstétrica e Ginecológica (Parteira). Duração: 2 anos. Formação anterior: Diploma/licenciatura em enfermagem. A parteira é uma profissional reconhecida internacionalmente em todos os sistemas de saúde em que é considerada uma figura essencial numa esfera social tão importante como a maternidade e os cuidados integrais durante o ciclo de vida da mulher em todas as suas fases: saúde reprodutiva, climatério e sexualidade.

O sistema de residência implementado para a formação de parteiras em 1992 e definitivamente consolidado para todas as especialidades das ciências da saúde pelas disposições contidas no Capítulo III do Título II da Lei 44/2003, de 21 de Novembro, relativa à organização das profissões da saúde, e suas disposições de aplicação, demonstrou ser um procedimento adequado para que as parteiras, durante o seu período de formação,

adquiram um perfil profissional polivalente, ligado tanto aos cuidados primários como aos cuidados especializados, através do exercício de atividades pedagógicas e sanitárias estreitamente ligadas à prática sanitária e à atividade ordinária dos centros e serviços de saúde.

Para a obtenção do título de Enfermeira Obstetra-Ginecológica (Parteira), as parteiras residentes realizarão o programa de formação em unidades de ensino multiprofissional de obstetrícia e ginecologia, acreditadas para a formação de especialistas em enfermagem obstetra-ginecológica (Parteira), que satisfaçam os requisitos gerais de acreditação aprovados para o efeito, por um período de dois anos a tempo inteiro, que incluirá uma dedicação mínima a atividades de ensino-assistência de 3.600 horas.

Metodologia de ensino. Serão utilizadas técnicas educativas presenciais e *blended learning*, com uma metodologia de ensino que privilegia a aprendizagem ativa tutelada, a utilização de métodos educativos que assegurem a ponderação e a articulação com a formação clínica, através de uma aprendizagem que implique uma relação de trabalho entre o residente e a entidade responsável pela unidade de ensino onde está a ser formado. Serão utilizados para favorecer a aprendizagem de conhecimentos, atitudes e competências: aulas expositivas, leitura ou vídeo com discussão, pesquisas bibliográficas, trabalhos de grupo, workshops, seminários, estudos de casos clínicos, trabalhos de projeto, experiências simuladas, treino clínico, sessões clínicas, livro do residente, participação em eventos científicos relacionados com a especialidade, etc. Para a aquisição de competências, os responsáveis pela formação implementarão estratégias pedagógicas que fomentem o espírito crítico e permitam a integração da formação teórica com a formação clínica e de investigação realizada nas diferentes unidades que compõem a unidade de ensino.

Avaliação. O acompanhamento e a qualificação do processo formativo para a aquisição de competências profissionais durante o internato serão efetuados através de avaliação formativa contínua, anual e final.

Duração e conteúdos. Os residentes dedicarão 26% da duração total do programa de formação à aquisição de conhecimentos teóricos, calculados com base na jornada de trabalho anual efetiva ordinária. A formação teórica necessária à prática clínica basear-se-á nas seguintes matérias: Enfermagem Materna e Neonatal I. Enfermagem Materna e Neonatal II. Enfermagem Materna e Neonatal II. Enfermagem da Mulher e da Família. Educação para a saúde da mulher. Administração de serviços obstétrico-ginecológicos (Parteira). Investigação em Enfermagem Obstétrico-Ginecológica (Parteira). Legislação e Deontologia em Enfermagem Obstétrico-Ginecológica (Parteira). A formação teórica pode ser ministrada, de acordo com as características e recursos de cada unidade de ensino, de forma partilhada (com residentes de outras unidades de ensino), ininterrupta durante um período específico do programa de formação ou repartida por esse período.

Prática clínica. Características da prática clínica e do serviço de permanência. O

objetivo da formação clínica é que a Parteira Residente desenvolva atividades assistenciais durante o período de formação, combinadas com a aquisição de conhecimentos teóricos, consideradas necessárias para adquirir as competências profissionais necessárias, com uma supervisão decrescente. Para tal, durante o primeiro ano de formação, esta supervisão será de presença física, com carácter decrescente durante o segundo ano de formação, até se atingir o grau de responsabilidade inerente ao exercício autónomo da profissão no final deste ano. Entre 60%-70% da formação clínica será efetuada em cuidados especializados, num hospital onde se desenvolve o programa de cuidados materno-infantis, e entre 40%-30% em cuidados primários e comunitários, onde se desenvolvem os programas de cuidados à mulher e/ou saúde sexual e reprodutiva e climatério. Rotações internas durante o período de prática clínica. As parteiras residentes, de modo a adquirirem as competências inerentes a esta especialidade, efetuam rotações nos contextos clínicos e comunitários indicados: Cuidados especializados: Hospital: Urgências Obstétrico-Ginecológicas. Unidade de parto. Unidade de pós-parto. Unidades de risco obstétrico: ambulatório, internamento e bloco operatório. Fisiopatologia fetal. Unidade de neonatologia. Unidade de ginecologia: consultas externas. Cuidados primário-comunitários: nos centros de saúde, nos cuidados domiciliários e nos cuidados comunitários onde se realizam os seguintes programas e subprogramas de saúde materno-infantil e de saúde sexual, reprodutiva e climatérica: Aconselhamento reprodutivo. Cuidados pré-natais. Educação para a maternidade e a paternidade. Puerpério no domicílio e consulta. Planeamento familiar e contraceção. Aconselhamento afetivo-sexual. Atenção aos jovens. Atividades preventivas em matéria de saúde sexual e reprodutiva. Diagnóstico precoce do cancro ginecológico e da mama. Menopausa/climatério. Programa de educação para a saúde da mulher no período da menopausa e do climatério. Ginecologia. Atividades educativas dirigidas à comunidade sobre saúde materno-infantil e saúde sexual e reprodutiva: jovens, escolas, associações de mulheres e outros.

Os serviços prestados em regime de permanência têm carácter formativo, serão realizados durante os dois anos de formação na especialidade e serão programados de acordo com a jornada de trabalho e os períodos de descanso estabelecidos pela legislação em vigor. O serviço de permanência é realizado em qualquer uma das instalações da unidade de ensino e deve ser planeado tendo em conta o cumprimento dos objetivos do programa de formação. Recomenda-se a realização de dois a quatro turnos por mês.

Atividades mínimas de aprendizagem clínica: No final do período de formação, a parteira residente deve ter realizado, sob supervisão adequada, pelo menos as seguintes atividades: Entrevista e elaboração da história clínica da saúde reprodutiva (obstétrico-ginecológica) de 100 mulheres. Acompanhamento e assistência a grávidas em pelo menos 100 exames pré-natais. Monitorizar e assistir 40 grávidas em risco. Realizar um programa de Educação Materna em 2 grupos de mulheres. Assistir 100 mulheres em trabalho de parto com os meios clínicos e técnicos adequados. Assistir a um mínimo de 80 partos normais.

Assistir 40 parturientes com fatores de alto risco. Participar ativamente no parto instrumental ou cesariana de 20 mulheres. Supervisionar, cuidar e examinar 100 mulheres no pós-parto. Efetuar a supervisão, os cuidados e o exame de 100 recém-nascidos saudáveis. Observar e cuidar de pelo menos 20 recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais (pré-termo, pós-termo, de baixo peso ou com problemas de saúde). Efetuar esfregaços cervicais e vaginais para citologia, esfregaços frescos, culturas e outros testes em, pelo menos, 150 mulheres. Aconselhamento e assistência a, pelo menos, 40 mulheres em ginecologia. Aconselhamento e assistência a pelo menos 20 mulheres em matéria de climatério. Rastreo e aconselhamento de 30 mulheres com infecções sexualmente transmissíveis. Aconselhamento sobre contraceção e sexualidade a 60 mulheres, incluindo contraceção de emergência e interrupção voluntária da gravidez. Prestar aconselhamento individual e aconselhamento a 25 jovens sobre sexualidade e contraceção. Participar e assumir a responsabilidade por duas intervenções de educação para a saúde sexual e reprodutiva em grupo para mulheres e jovens da comunidade. Participar ativamente em, pelo menos, um programa de climatério. Realizar visitas domiciliares a recém-nascidos e puérperas. As atividades acima mencionadas cumprem mais do que os objetivos estabelecidos para a formação prática e clínica no artigo 53.2 a) em relação ao anexo V.5.5.1 B do Real Decreto 1837/2008, de 8 de Novembro, que transpõe a Diretiva 2005/36/CE para o direito espanhol (BOE, 2009).

Parteira e EEESMO são duas designações diferentes para o mesmo profissional, mas existem ligeiras diferenças nas competências entre a Parteira e o EEESMO. Estas estão relacionadas com a prescrição de exames complementares e o aconselhamento farmacológico. A lei sobre a organização das profissões de saúde em Espanha estabelece que a parteira é autonomamente responsável pela prescrição de exames laboratoriais obrigatórios no período pré-concepcional e de gravidez e que é a destinatária dos resultados desses exames, podendo incluí-los no plano de cuidados. No âmbito dos cuidados primários, são também os prescritores e executores dos testes de rastreio do cancro do colo do útero (citologia), quer sejam solicitados isoladamente ou no âmbito de campanhas de rastreio. Está também estabelecido que a parteira aconselhará o uso de medicamentos no período pré-concepcional e gestacional, encaminhando a mulher para o seu médico de família se considerar que, devido à sua situação clínica, a mulher necessita de medicamentos prescritos. No caso do EEESMO, estas tarefas são efetuadas em colaboração com o médico de família, que terá consultas regulares com a mulher, tanto na fase pré-concepcional como na fase gestacional. Os médicos de família serão os prescritores dos exames laboratoriais e dos testes de rastreio, enquanto os EEESMO poderão ser os executores desses testes.

Outra diferença é a forma de acesso à especialidade. Em Espanha, os enfermeiros que pretendam tornar-se especialistas, neste caso em enfermagem obstétrico-ginecológica (obstetrícia), devem, após a inscrição, submeter-se ao exame EIR (Enfermera Interna Residente), um exame nacional anual com um programa aberto (todas as disciplinas do

curso de enfermagem). Ao passar neste exame, o candidato obtém um número de ordem com o qual escolhe um lugar como EIR, com uma duração de 2 anos de formação (mínimo de 18 meses, conforme exigido pela diretiva europeia), na unidade de ensino do hospital que pode escolher de acordo com o seu número de ordem e que deseja de acordo com as suas necessidades e objetivos. Durante o período intercalar, a sua prática profissional será remunerada. Após os dois anos de formação, o título profissional de Enfermeira Obstetra-Ginecológica (Matrona) será atribuído pelo Ministério da Saúde espanhol (BOE, 2009).

4 | DISCUSSÃO

Em Espanha e Portugal, detetam-se algumas incongruências entre a parteira e o EEESMO e os profissionais formados noutros países a nível internacional. É contestado que as unidades de cuidados neonatais/puerpério em Espanha e Portugal não são geralmente assistidas por EEESMO/Matronas, sendo atualmente assistidas por enfermeiros generalistas e, em menor número, por enfermeiros especialistas em pediatria. O mesmo se passa noutras unidades; muitas competências legalmente regulamentadas que poderiam ser exercidas de forma autónoma ou interdisciplinar estão a ser abandonadas pelos EEESMO/Matronas, como a já referida unidade de puerpério, as unidades de reabilitação do pavimento pélvico, as unidades de ginecologia, o apoio psicológico à mulher, os cuidados durante o climatério. Estas são ocupadas por outros profissionais. De salientar ainda a intromissão profissional não controlada e não punida de pessoas sem formação especializada na área da saúde.

Embora se reconheça que a parteira/EEESMO é o profissional de referência para o diagnóstico, controlo e cuidados durante a gravidez normal, em Espanha e Portugal estas tarefas ainda não são realizadas de forma totalmente autónoma e independente. Atualmente, o obstetra ainda está envolvido no acompanhamento da gravidez normal, em maior ou menor grau, e noutros contextos é o médico de família que se encarrega do acompanhamento normal (tanto em colaboração com a parteira como com o EEESMO).

Apesar do processo de especialização, são muito poucas as comunidades autónomas em Espanha e as diferentes regiões de Portugal que reconhecem a especialidade com uma remuneração económica específica e esta é mínima nas comunidades que a reconhecem. A pressão dos cuidados e a escassez de especialistas são apontadas como uma possível causa para que a parteira e o EEESMO não exerçam todas as funções incluídas na sua definição e perfil de competências, reconhecidas a nível nacional e europeu (MARTÍNEZ et al., 2018).

A presença da parteira/EEESMO na preconceção, no período gestacional e nos cuidados no parto e pós-parto, realizando um processo contínuo de cuidados clínicos ao longo de todas estas etapas, permite que a grávida tenha autonomia e participação na tomada de decisões, seja respeitada e compreendida, proporcionando-lhe confiança e

segurança. O objetivo dessas consultas de acompanhamento é monitorar essas etapas em sua normalidade e identificar precocemente o risco gestacional (FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al., 2018).

As parteiras/EEESMO devem estar legalmente certificadas de forma a poderem prestar cuidados a mulheres em diferentes fases da sua vida. O apoio emocional e psicossocial prestado pela parteira/ parteiro é fundamental, e são fatores que não só trazem bem-estar à futura mãe e ao recém-nascido, mas também ao seu ambiente familiar. O trabalho não termina com o nascimento do bebê, pelo contrário, favorece a relação mãe-filho, o aleitamento materno adequado e o acompanhamento dos sinais e sintomas de complicações pós-parto no período pós-parto. De notar também que não devemos esquecer os cuidados durante o climatério, uma fase da vida da mulher que tem grandes repercussões vitais para ela e para o seu ambiente. Teremos de prestar cuidados biopsicossociais à mulher, pois faz parte das nossas competências, sendo esta área comumente esquecida pelos profissionais (FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al., 2018).

CONCLUSÃO

Relativamente ao programa de formação e ao quadro de competências da especialidade de Parteira e do EEESMO, estes devem ser adaptados às regulamentações nacionais, mas devem cumprir os critérios estabelecidos pelos regulamentos e estatutos europeus, podendo assim, após homologação, exercer a profissão de enfermeiro especialista nos diferentes países da União Europeia.

Como estudante do Mestrado em EEESMO em Portugal, estão a ser-me transmitidos os conhecimentos e competências da profissão. Ao atingir os objetivos, ser-me-á atribuído o título de Mestre em EEESMO. Para poder trabalhar em Espanha, o título terá de passar por um processo de homologação pelo Ministério da Saúde espanhol, que procederá à sua entrega com as modificações pertinentes, nomeadamente numa questão abordada neste trabalho, o nome da profissão, Enfermeira Obstetra-Ginecológica (Matrona).

Conclui-se que, por detrás de um processo de formação aparentemente igual, e tendo detetado ligeiras diferenças em termos do quadro de competências da Matrona em Espanha e do EEESMO em Portugal, a experiência é completamente diferente para obter o mesmo resultado, ser EEESMO.

REFERÊNCIAS

BERRUECOS-PRADA, D. et al. **Enfermeira obstétrica: benefícios, competências e intervenções.** Revista Ciencia y Cuidado. Scientific Journal of Nursing. E-ISSN 2322-7028. 2021. <https://doi.org/10.224663/17949831.2633>.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [BOE] . Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). N.º 129. Sec. III. Pág. 44697. 2009. [Http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881).

FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, E. et al. **Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español.** Elsevier España. Volume 19, Supplement 3, November 2018, Pages 360-365. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.017>.

ORDEN DOS ENFERMEIROS. Diário da república, 2ª série, 3 de março. Aviso n.º 3916/2021 Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. <http://www.ordendosenfermeiros.pt/media/22034/aviso-nº-39192021-diário-da-república-nº-432021-2021-03-03>. 2021.

UNIVERSIDADE DE ÉVORA [UÉ]. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Despacho n.º 15812/2019 de 7 de outubro. Regulamento académico da Universidade de Evora. Diário da República, 2. série, n.º 192. 2019 [Http://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados](http://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados). Cod=MA01.

EVOLUÇÃO DAS PARTEIRAS E DO PARTO DOMICILIAR EM PORTUGAL: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de submissão: 13/06/2023

Data de aceite: 02/08/2023

Inês Atanásio

Centro Hospitalar e Universitário do
Algarve, Serviço de Urgência Obstétrica e
Ginecológica
Faro - Portugal
<https://orcid.org/0009-0001-0228-1745>

Inês Custódio

Centro Hospitalar e Universitário do
Algarve, Serviço de Urgência Obstétrica e
Ginecológica
Faro - Portugal
<https://orcid.org/0009-0000-6195-8368>

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Serviço
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Barreiro - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8484-665X>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC), Universidade de Évora, Escola
Superior de Enfermagem São João de
Deus
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

avanços médicos e mudanças sociais. Desta forma, a presente revisão narrativa tem como objetivo compreender a evolução da carreira de parteira e de que modo isso fez alterar o paradigma do parto domiciliar em Portugal. Foi realizada uma revisão narrativa, tendo por base a questão orientadora: “Será que a evolução da carreira de parteira influenciou a prática de parto no domicílio em Portugal?”. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, publicados e indexados nas bases de dados Pubmed, Web of Science e Cinahl, no período entre 2018 e 2023. Após a seleção e análise dos 7 artigos obtidos, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, juntamente com os documentos referentes à literatura cinzenta. Conclusão: O local onde ocorre o parto tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, passando de um ambiente domiciliar para um ambiente hospitalar. No entanto, recentemente, ressurgiu o interesse pelo parto realizado no domicílio, enfatizando uma experiência de parto mais natural e personalizada. Torna-se necessário ter em consideração os riscos/benefícios associados e o acompanhamento por profissionais qualificados de forma a

RESUMO: Enquadramento: desencadearam visto e o cenário onde ocorre. Estes foram influenciados pelos

garantir sempre o bem-estar materno-fetal

PALAVRAS-CHAVE (DeCS): Gravidez; Parto Domiciliar; Evolução Cultural; Enfermeira Parteira; Portugal

THE EVOLUTION OF MIDWIVES AND HOME DELIVERY IN PORTUGAL: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Background: triggered seen and the setting in which it occurs. These have been influenced by medical advances and social changes. Thus, the present narrative review aims to understand the evolution of the midwifery career and how this has changed the home birth paradigm in Portugal. A narrative review was conducted, based on the guiding question: “Has the evolution of the midwifery career influenced the practice of home birth in Portugal?”. As inclusion criteria, articles available in full, in Portuguese and English languages, published and indexed in Pubmed, Web of Science, and Cinahl databases, in the period between 2018 and 2023, were selected. After the selection and analysis of the 7 articles obtained, with the application of the inclusion and exclusion criteria, along with the documents referring to the gray literature. Conclusion: The place where childbirth occurs has been undergoing changes over the years, moving from a home setting to a hospital setting. However, interest in home birth has recently resurged, emphasizing a more natural and personalized birth experience. It is necessary to take into consideration the associated risks/benefits and the monitoring by qualified professionals to always guarantee maternal-fetal well-being.

KEYWORDS (DeCS): Pregnancy; Home Childbirth; Cultural Evolution; Nurse Midwives; Portugal

1 | INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência que acarreta inúmeros sentimentos na mulher. Nem sempre foi vivenciado como o conhecemos hoje, no entanto a sua vivência é sempre muito significativa e marcante (FERREIRA; MONTEIRO; ROCHA, 2009). Até 1961, 80% dos partos eram realizados no domicílio, normalmente apoiados por mulheres sem formação. Contudo, durante esse período as taxas de mortalidade perinatal eram elevadas. A partir da década 70, verificou-se uma evolução na carreira de parteira e consequentemente uma mudança no ambiente onde ocorria o parto, passando para um ambiente hospitalar. Mudanças que vieram contribuir para um parto medicalizado e com maior número de intervenções, o que conduziu a uma queda significativa nas taxas de mortalidade materna e neonatal (FEDELE; WHITE, 2018).

O parto é uma experiência única e extremamente marcante na vida da mulher, de tal forma que pode ser recordado até ao mais ínfimo dos detalhes, durante anos (KITZINGER, 1995). Desde o início da gravidez, que as expectativas em relação ao parto são elevadas, sendo a forma como é experienciado, consideravelmente marcante. Produz efeitos na autoestima e pode favorecer ou prejudicar a disponibilidade emocional da mulher com o recém-nascido (COSTA; FIGUEIREDO; PACHECO, 2012) Trata-se de um acontecimento

biológico, podendo ser encarado como um processo sociocultural e como um momento de afeto e de sexualidade plena onde qualquer intervenção desmedida poderá acarretar efeitos nocivos físicos e/ou psicológicos para a mãe e para o recém-nascido (ALMEIDA et al., 2021).

O parto sempre foi visto como um acontecimento da esfera feminina onde as mulheres eram as únicas protagonistas. Durante a maior parte da história, as mulheres pariam nas suas casas, muitas vezes acompanhadas por um membro da família ou assistidas por uma mulher da comunidade que tinha experiência em assistência ao parto, sendo denominadas essas mulheres como curiosas ou parteiras tradicionais (GARCES et al., 2019).

A história da obstetrícia teve origem no ano de 1750, quando a “arte de partejar” deixou de ser assente na tradição e experiência das parteiras, sendo convertida numa categoria da cirurgia, ciência que surge em Portugal mais tarde, no ano de 1772 (CARNEIRO, 2003), com médicos e cirurgiões em formação nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto e pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. No ano de 1836, deu-se a rutura do modelo de parteira tradicional e esta passou a ser parte integrante das escolas, sendo ministrado um “curso de parto” (CUNHA et al., 2016).

Esta revisão da literatura baseia-se numa análise de dados obtidos em artigos publicados em base de dados e livros obtidos em bibliotecas, acerca da formação das parteiras e acerca do parto domiciliar no contexto da sociedade portuguesa. Apresenta como questão orientadora: “Será que a evolução da carreira de parteira influenciou a prática de parto no domicílio em Portugal?”, tendo assim como principal objetivo compreender a evolução da carreira de parteira e de que modo isso fez alterar o paradigma do parto domiciliar em Portugal.

2 | MÉTODOS

O presente trabalho consiste numa revisão narrativa da literatura, que segundo Vilelas (2020) é caracterizado por uma aquisição e atualização de conhecimentos sobre uma determinada temática. Baseia-se numa análise e interpretação da literatura disponível, com objetivo de contextualizar como se encontra determinado tema na atualidade, desta forma é delimitado, clarificado e caracterizado o objeto de estudo através de levantamento bibliográfico.

Tendo como base o objetivo principal: compreender a evolução da carreira de parteira e de que modo isso fez alterar o paradigma do parto domiciliar em Portugal, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, posteriormente foram analisados os artigos obtidos e selecionados os que se enquadraram com a temática estudada. Após essa seleção, houve uma validação e recolha da informação com objetivo de sintetizar o conhecimento obtido, sendo este posteriormente utilizado para a discussão dos resultados. Ao obter-se informação muito abrangente acerca dos tópicos essenciais - carreira de

enfermeira-parteira e parto domiciliar, foi necessário complementar essa informação com recurso a literatura cinzenta, como livros disponíveis na biblioteca da Universidade de Évora, de forma a adequar a temática ao contexto português. Os livros escolhidos foram “Comadres e Matronas Contributo para a História das Parteiras em Portugal (Séc. XIII-XIX)”, de Marília Freitas e “Ajudar a Nascer Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)”, de Marinha Carneiro.

A presente revisão narrativa de caráter qualitativo foi realizada no período de março a maio de 2023. Foram realizadas pesquisas nas seguintes bases de dados: PubMed, Cinahl e Web of Science, com uso dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS, edição 2017) na língua inglesa: *Delivery*, *Obstetric*, *Home Delivery*, *Midwifery*, com o recurso à interseção entre eles através do operador “AND”. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados entre 2018 a 2023, escritos em português e inglês e com texto integral disponível. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não estivessem disponíveis na íntegra e que abordassem países subdesenvolvidos por apresentarem uma realidade muito distinta de Portugal.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foi obtido um total de 23 artigos. Posteriormente procedeu-se à eliminação dos duplicados, resultando num total de 21 artigos. Foi realizada uma leitura dos resumos e obteve-se um total de 7 artigos, que foram utilizados na elaboração da discussão dos resultados da presente revisão narrativa.

3 | DISCUSSÃO/RESULTADOS

Na análise da literatura selecionada verificámos que em Portugal, ocorreu uma evolução ao longo dos séculos na carreira de parteira, chegando aos dias de hoje à categoria de Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Esta evolução foi acompanhada por uma mudança do local do parto, que passou de ser maioritariamente em ambiente domiciliar para ambiente hospitalar. O parto domiciliar é vivenciado de forma muito diferente em todo o mundo, e essas experiências diferem pela envolvimento de cada pessoa (famílias, enfermeiras, obstetras), pelas suas experiências e pelo sistema de saúde existente (BRUNTON et al., 2021).

Vamos apresentar os resultados e proceder à discussão por temáticas, que surgiram da análise dos documentos em apreço.

Evolução do Parto Domiciliar

O parto nem sempre foi vivenciado como o conhecemos hoje, contudo a sua vivência foi sempre significativa, e tal como referido por Ferreira; Monteiro; Rocha (2009), a gravidez, o trabalho de parto e parto são eventos marcantes na vida da mulher e família. Desta forma, os cuidados que a grávida/família e o recém-nascido recebem também têm uma componente marcante na vivência de toda a experiência relacionada com o nascimento.

Segundo Brunton et al. (2021), o parto é um evento importante para a mulher e para a sua família. Nos vários países do mundo, o nascimento pode ocorrer em variados ambientes, desde hospitais, residências, unidades de obstetrícia independentes e paralelas, maternidades comunitárias e centros de saúde primários. Os partos domiciliares são experimentados por mulheres com muitos e poucos recursos, no entanto, as circunstâncias em torno desses partos domiciliares diferem.

Na década de 40 a 60, a grande maioria dos partos em Portugal eram realizados no domicílio, por parteiras locais, sem formação específica ou por mulheres mais experientes na área do parto, sendo que muitas vezes ocorriam em fracas condições sanitárias e de higiene (BATISTA, 2016). Era tendencialmente escolhido o quarto para o momento, mas existem também relatos de que eram escolhidos outros locais da casa, como a cozinha/sala devido ao calor da lareira. Já nestas décadas, o ambiente onde decorria o parto tinha um papel importante, uma vez que podia influenciar o desenvolvimento do trabalho de parto, pois o conforto era essencial (BATISTA, 2016).

Segundo Cunha et al. (2016), o parto era considerado um ato doméstico, e apenas as mulheres o poderiam praticar, quer pela experiência que iam adquirindo quer por razões socioculturais. No entanto, o facto dessa competência ser adquirida de forma leiga, contribuía para a falta de assistência especializada, o que levava a uma elevada taxa de mortalidade materna e neonatal. Até ao século XIX, as técnicas e instrumentos utilizados durante o trabalho de parto baseavam-se na sabedoria popular, que era transmitida às parteiras entre gerações (BATISTA, 2016). Segundo médicos e cirurgiões da época, a imagem das parteiras surgia como mulheres sujas, supersticiosas e de pouco ou nenhum saber. O objetivo destes prendia-se em afirmar a obstetrícia como domínio médico, sujeito a conhecimentos de anatomia e fisiologia. Esta divulgação de imagem veio contribuir para a desvalorização das parteiras, ao serem vistas como mulheres ignorantes, com práticas baseadas nas crenças, colocando assim a vida da mulher e do bebé em risco (BARRETO, 2007).

A partir do século XIX, com a institucionalização da medicina e a marginalização das práticas populares das parteiras, ocorreu a passagem do protagonismo para os homens, passando o momento do parto a ser domínio quase exclusivo destes pois tinham acesso à formação científica (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018). Perante este facto, houve uma insurgência dos movimentos feministas para a importância da instrução das parteiras de forma a enfrentar a concorrência dos cirurgiões (BARRETO, 2007).

Formação das parteiras

No ano de 1836, ocorreu a abertura do curso de parteira, ministrado nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, e assim passou a existir formação específica para obtenção da carta profissional e para o exercício da profissão. Desta forma, a atividade

como parteira ultrapassou as fronteiras familiares e transformou-se num prestígio comunitário e numa profissão com os requisitos que a ciência médica atribuiu (FREITAS, 2011). No entanto, continuava-se a verificar diferenças quanto à origem do conhecimento entre parteiras e cirurgiões-parteiros pois nestes últimos a perícia era baseada nos conhecimentos médico-científicos encontrados nos manuais de obstetrícia, enquanto as parteiras aprendiam com a experiência de outras parteiras e com a própria experiência na realização de partos (GARCES et al., 2019). O exercício da profissão de parteira, para além do trabalho ao domicílio, podia incluir a abertura de “casas de parto”, que eram clínicas onde as mulheres poderiam ter os seus filhos (CARNEIRO, 2005).

Em 1865, por ordem do governador civil do Porto, foi publicado o regulamento para as “casas de parto” que incluía as regras necessárias, de forma a controlar a polémica associada a essas instalações, e incutiu nas parteiras a capacidade de apelar às mães o não abandono dos seus filhos - prática bastante comum na altura. De forma a poderem exercer funções nas “casas de parto”, eram necessário às parteiras a apresentação de uma carta de habilitação e atestados de comportamento civil, moral e religioso. As infraestruturas tinham de cumprir certos requisitos como a utilização de instrumentos específicos, utensílios de limpeza, higiene e conforto e um mínimo de instrumentos para irrigações e suturas. Dentro dos instrumentos específicos, salienta-se a obrigatoriedade de existência da cadeira de parto, um instrumento que foi mais tarde ultrapassado quando se remeteu a parturiente à cama (CARNEIRO, 2008).

No ano de 1896, foi lançada uma ação que proibia a prática de parteiras não encartadas, e desta forma foi dificultado o acesso à formação das mulheres que pretendiam cursar, tornando assim os pré-requisitos mais difíceis (CARNEIRO, 2005). Em 1903, foi aprovado o Decreto de Lei 28 de Outubro que regulava o curso de parteiras, sendo que a partir de 1919, as Faculdades de Medicina passaram a exigir às candidatas aos cursos de partos, o requisito prévio do curso de enfermagem, surgindo a designação de enfermeira-parteira (CUNHA et al., 2016). Apesar do diploma, a maioria das parteiras manteve o costume tradicional dos partos em ambiente familiar, mas com mais conhecimentos (FREITAS, 2011). Perante a manutenção da prática do parto no domicílio, a comunidade médica teve a necessidade de se pronunciar e demonstrar os malefícios e os inconvenientes que esta prática acarretava (BATISTA, 2016).

No ano de 1911, o médico Costa Sacadura insistia na importância para o país da criação de instituições de proteção às mulheres grávidas. Surgiu assim, a primeira Maternidade oficial - a atual Maternidade Dr. Daniel de Matos e mais tarde, no ano de 1932, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (CARNEIRO, 2008).

A partir de 1967, a formação relacionada com os partos passou a ser ministrada nas Escolas de Enfermagem, assumindo as instituições escolares a responsabilidade total pela formação na área da Obstetrícia (CARNEIRO, 2003).

Ambiente Domiciliar vs Ambiente Hospitalar

A partir do século XX a medicina transformou o parto num evento hospitalar, medicalizado e intervencionado (CUNHA et al., 2016). Foi neste processo de medicalização, em que um comportamento que não era de ordem médica se tornou num problema sobre o olhar da profissão. Começou a existir um controlo social médico do corpo da mulher, da sua anatomia e dos processos fisiológicos que lhe são característicos, como a gravidez e parto que se tornaram jurisdição da medicina (SANTOS, 2014). Atualmente, nas sociedades contemporâneas, onde o parto é um evento medicalizado, as individualidades da mulher/casal/família não são levadas em consideração, existindo uma padronização no atendimento (DAVIS-FLYOD, 2018).

No último século, foi possível observar a alteração no que diz respeito ao local do parto, onde este passou a ser realizado, maioritariamente, num ambiente hospitalar e onde as tecnologias biomédicas e farmacológicas foram surgindo e foram melhoradas, permitindo assim uma significativa melhoria na saúde perinatal (BERNARDELO, 2019).

Em Portugal, a transição do local de parto também foi possível de ser verificada. Na década de 60 apenas 18,4% dos partos aconteceram em ambiente hospitalar, mas a partir do ano de 1990 verificou-se uma elevada adesão, com cerca de 95% dos partos ocorridos em hospitais. (CUNHA et al., 2016). É possível validar este aumento até à atualidade, pelos dados obtidos no site da Pordata (2022) e expressos na figura 1.

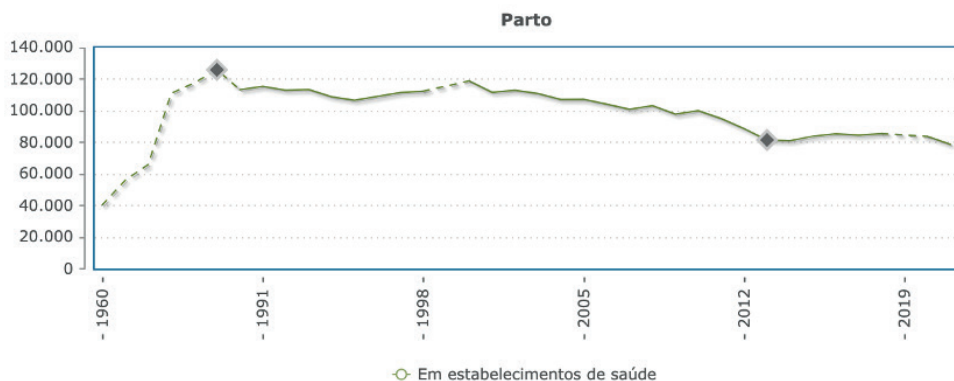


Figura 1 - Total de Partos em Estabelecimentos de Saúde (Pordata, 2022)

Embora esta transição se verifique, segundo Kitzinger (1995), nem todas as mulheres decidem ter os seus filhos em contexto hospitalar, e nem sempre a oferta do nascimento em casa surge como a melhor opção, embora seja a desejada pelas famílias. A escolha pelo parto domiciliar não significa uma rejeição do conhecimento científico, em favor de um conhecimento mais “tradicional” ou “popular”, uma vez que são na maioria, escolhas fundamentadas com pesquisa de conhecimento científico e legitimadas pela confiança na

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (SANTOS; AUGUSTO, 2016)

A alteração da escolha do local do parto do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar gera uma grande polêmica, por ser visto como um retrocesso nos avanços e recursos que a saúde dispõe, atualmente, e coloca em risco a saúde da mulher e do recém-nascido. Não se verifica uma sociedade compreensiva no que diz respeito ao tema, o que por vezes condiciona a decisão da mulher/casal de privilegiar o ambiente hospitalar (BERNARDELO, 2019). O modelo biomédico associa o parto em casa a um contexto familiar, tradicional e natural, com uma série de riscos, o que retira a experiência deste como naturalmente promotora do empoderamento individual da mulher (SANTOS, 2012).

É associado ao parto domiciliar a falta de segurança como o maior risco do mesmo, uma vez que é impossível eliminar todo o risco associado ao trabalho de parto e parto, independentemente de a gravidez ser considerada de baixo risco (FERREIRA, 2015). Desta forma, os hospitais mantêm-se como o local oficialmente reconhecido e como o mais adequado, com melhores condições e profissionais de saúde necessários para uma atuação rápida perante uma situação de urgência obstétrica (SANTOS, 2012). Por outro lado, é importante referir que os estudos realizados evidenciam que a prática de um parto no domicílio quando realizado por profissionais competentes e nas condições aconselhadas não apresenta um risco aumentado (NETHERY et al., 2021).

Quando as mulheres que optam por vivenciar o parto de um modo fisiológico, com o mínimo de intervenção possível, tornam-se alvo de preconceitos, sendo ameaçadas pelo paradigma biomédico. Também os profissionais de saúde que apoiam essas decisões, são estigmatizados como negligentes e por essa razão o número de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica que praticam partos no domicílio é reduzido, sendo apenas 15 o número de enfermeiras em Portugal que o praticam, segundo os dados presentes na Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Torna-se importante salientar que se trata de uma prática não compartilhada pelo sistema nacional de saúde e que os seus custos estão compreendidos entre os 1200€ e os 1600€ (FERREIRA, 2015).

Atualmente, apesar do parto domiciliar ser uma prática reconhecida e legitimada em diversos países, como exemplo a Holanda, onde as mulheres com gravidez de baixo risco são acompanhadas por uma parteira independente e têm a opção de realizar o parto em casa ou numa casa de partos, e somente se surgirem complicações durante a gravidez ou parto, é que ocorre encaminhamento para o médico obstetra (VERHOEVEN et al., 2022). Em Portugal, a prática do parto no domicílio ainda representa uma escolha de local pouco usual e não legitimada (BERNARDELO, 2019). Dados estatísticos atuais, obtidos no site do INE (2014, 2022) demonstraram que no ano de 2013 cerca 0,74% dos partos ocorreram no domicílio e no ano 2021, se verificou um significativo aumento pois cerca de 1,25% dos partos aconteceram no domicílio, tal como se pode observar na figura 2.

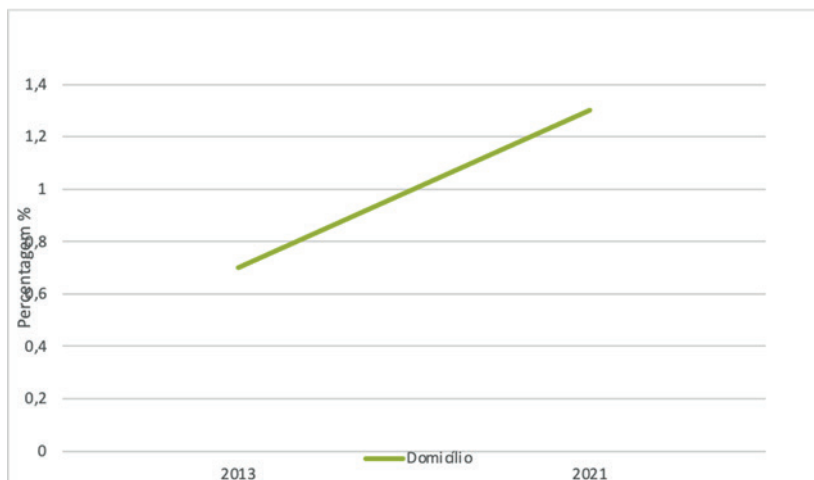


Figura 2 - Percentagem de partos ocorridos em ambiente domiciliar (INE, 2014, 2022)

Em países como Holanda, já referido, Suécia e Reino Unido, as mulheres que optem pelo parto domiciliar são apoiadas pelo Estado, e existe uma colaboração permanente entre as parteiras que assistem o parto no domicílio e os hospitais, em Portugal, as mulheres que optam por essa modalidade são confrontadas com falta de apoio e com algum estigma social (FEDELE; WHITE, 2018). Embora, se verifique um parecer (nº31/2013) da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, cientificamente sustentado e com algumas recomendações precisas no sentido de otimizar a assistência ao parto no domicílio, o contrário acontece com as recomendações providas da Ordem dos Médicos Portugueses para esta prática, pois mantém o seu desaconselhamento na realização desta metodologia de assistência ao trabalho de parto e parto (FERREIRA, 2015).

Quanto às recomendações estas assentam: no conhecimento aprofundado por parte do casal sobre o profissional escolhido e a sua metodologia de trabalho; a validação da presença de dois profissionais de saúde aquando do momento do parto; os riscos inerentes ao parto e as formas e meios de atuação do profissional em caso de urgência obstétrica; a obrigatoriedade de assinatura de um documento de consentimento livre, informado e esclarecido por todos os intervenientes, onde está exposto o tipo de parto a realizar, as suas condições de realização e os riscos a estes inerentes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

As opções descritas que contribuem para decisão das famílias por um parto domiciliar incluem evitar intervenções biomédicas desnecessárias, experiência hospitalar anterior negativa, aumento da autonomia, ambiente confortável e familiar e a crença no processo corporal e fisiológico do parto (VERHOEVEN et al., 2022). A escolha pelo parto domiciliar não significa uma rejeição do conhecimento científico, em favor de um conhecimento mais “tradicional” ou “popular”, uma vez que são, na maioria, escolhas

fundamentadas com pesquisa de conhecimento científico e legitimadas pela confiança na Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (SANTOS; AUGUSTO, 2016)

Para a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012) é evidente que a justificação do aumento do número de partos no domicílio em Portugal, nos últimos anos, está relacionado com a falta de resposta por parte dos serviços de saúde, nomeadamente na garantia da filosofia assistencial que respeite o processo fisiológico da gravidez e do parto, na ausência de um ambiente confortável para o parto, que permita a sua vivência como um acontecimento familiar, onde existam cuidados mais personalizados e próximos, e onde seja possível respeitar a privacidade e liberdade de escolha na tomada de decisão informada.

Para a Organização Mundial de Saúde (2022, p.30), *“humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e para o feto”. É necessário respeitar a individualidade de cada mulher, permitindo a assistência de acordo com a sua cultura, crenças, valores e opiniões. É necessário encontrar novas formas para que a mulher possa ter mais controlo sobre o processo de nascimento e parto, que seja respeitada enquanto cidadã, tendo o direito de escolha*”. Torna-se indispensável, por parte dos profissionais de saúde, olhar para a mulher como um ser único, respeitando as suas vontades, direitos e reconhecendo-a a si e ao seu filho como peças fundamentais do processo (OMS, 2022).

O parto humanizado visa valorizar a mulher enquanto protagonista do seu parto, em que são concedidos, espaço e respeito pela sua vontade e pela sua expressão de sentimentos, podendo ocorrer negociação de intervenções. Desta forma, é imprescindível que os profissionais de saúde reflitam sobre as vantagens e desvantagens do tipo de parto e sobre condições humanas seguras para o nascimento. As políticas de saúde devem ser centradas na mulher e devem garantir a possibilidade de escolha no acesso ao tipo de cuidados na assistência pré e pós-natal e ao local de parto (COUTINHO, 2016).

A mulher/casal deve ter a possibilidade de optar pelo tipo e local de parto que deseja e desta forma, o parto domiciliar planeado não deve ser desvalorizado, deve ser considerado como um direito e uma possibilidade de escolha. Torna-se desta forma importante a existência um investimento por parte das políticas de saúde no que diz respeito a esta dimensão de prestação de cuidados obstétricos, de forma a garantir, também no domicílio, assistência perinatal segura e humanizada, baseada na melhor evidência científica (BRUNTON et al., 2021). A condução do trabalho de parto, parto e cuidados ao recém-nascido, são da inteira responsabilidade do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), para além de competências técnico-profissionais, este deverá apresentar competências relacionais que são imprescindíveis no que diz respeito à arte do cuidar em Obstetrícia (NILSON; LUNDGREN, 2017).

A evolução da arte de partejar foi uma mais-valia que contribuiu para uma diminuição

significativa das taxas de mortalidade materna e perinatal e para um aumento da qualidade dos cuidados prestados à parturiente e ao recém-nascido (BAPTISTA, 2016). É imprescindível que os profissionais de saúde reflitam acerca das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto e sobre as condições mais humanas e seguras para o nascimento. Atualmente, verifica-se uma maior procura pelo parto domiciliar, na medida em que este possibilita a presença da família e transmite uma maior autonomia e controlo sobre o corpo por parte da mulher (FEDELE; WHITE, 2018). Consiste numa decisão emocional com capacidade de participação ativa, tendo em consideração a avaliação dos riscos, custos e benefícios por parte do casal (NETHERY et al., 2021).

O parto, por muito tempo, foi realizado em ambiente domiciliar, na presença de parteiras tradicionais que adquiriam os seus conhecimentos através da palavra e das vivências com outras parteiras mais experientes. Posteriormente começou a ser requisitado às novas parteiras a frequência em cursos de partos, sob forma escolar, com componente teórica lecionada nas Faculdades de Medicina, e componente prática na enfermaria hospitalar. Estes cursos eram organizados pelas universidades médicas como cursos anexos, e só começaram a ter uma frequência significativa na segunda metade do século XIX, quando as descobertas médicas permitiram consolidar o saber obstétrico, e adquirir evidências sobre técnicas e procedimentos que, contribuíram para a diminuição drástica da mortalidade perinatal (CARNEIRO, 2005).

Em Portugal, com a formação do sistema nacional de saúde o parto passou a ser um acontecimento altamente institucionalizado e medicalizado e, a partir da década de 90, começou a existir uma aplicação excessiva de intervenções em relação ao momento do nascimento, sendo atribuída culpa ao modelo biomédico. Deste modo, foi possível concluir que o parto deixou de ser encarado como um processo natural e a mulher perde assim o seu protagonismo. Atualmente, segundo Gonçalves (2018), é possível assistir a uma forte tentativa por parte das mulheres em reconquistar o seu papel no trabalho de parto, reconhecendo que são o elemento principal e determinante nesse processo. O cuidado humanizado e o conforto fazem do parto uma experiência singular. Uma assistência em que prevalece o respeito à dignidade e individualidade feminina colabora para o bem-estar físico e emotivo da mulher, direcionando assim para uma boa evolução do trabalho do parto e consequentemente a uma vivência positiva do mesmo (TYASRINESTU; SITTIPRAPAPORN, 2019).

CONCLUSÃO

O trabalho de parto e parto representam uma transição importante na vida da mulher e da família, pois trata-se de momentos em que é necessário apoio e compreensão para os poder enfrentar o mais naturalmente possível.

Com a elaboração da presente revisão narrativa, torna-se possível concluir a

evolução que a Enfermagem, enquanto ciência e disciplina, tem tido nas últimas décadas, tanto a nível do desenvolvimento técnico como relacional. Os enfermeiros, na qualidade de prestadores de cuidados de excelência devem, acima de tudo, procurar formar-se continuamente na identificação e satisfação das necessidades dos seus clientes e dos seus próprios objetivos.

Relativamente às limitações da presente revisão narrativa gostaríamos de destacar a questão da representatividade da amostra de artigos obtidos em bases de dados, uma vez que se trata de uma temática histórica pouco abordada, principalmente quando aplicada ao contexto de Portugal. Desta forma não existe uma elevada fonte de informação primária, tendo sido necessário complementar com fonte de informação secundária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. et al. Boas práticas na sala de parto e ansiedade em puérperas: o que pode influenciar? **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021.

BAPTISTA, V. Os partos e as maternidades em Portugal (1889-1943) - os casos nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. **Revista de História Regional**, v. 21, n. 2, 2016.

BARRETO, M. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. **Revista Gênero**, v. 7, n. 2, 2007.

BERNARDELO, P. **Parto domiciliar planeado em Portugal - as famílias e as suas escolhas**. [s.l.: s.n.].

BRUNTON, G. et al. Global stakeholder perspectives of home birth: a systematic scoping review. **Systematic Reviews**, v. 10, n. 1, 2021.

CARNEIRO, M. Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação: séculos XV-XX. **repositorio-aberto.up.pt**, 2004.

CARNEIRO, M. A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX). **Revista da Faculdade de Letras**, v. 6, n. 1, p. 69–98, 2005.

CARNEIRO, M. **Ajudar a Nascer – parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)**. [s.l.] Universidade do Porto, 2008.

COLACIOPPO, P. et al. Parto domiciliar planeado: resultados maternos e neonatais. **Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 81–90, 2010.

COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Antecipação e experiência emocional de parto. **repositorium.sdum.uminho.pt**, 2012.

COUTINHO, E. A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 30, p. 29–37, 2016.

CUNHA, M. et al. Parto no domicílio em Portugal: Das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais. **REVISTA SERVIR**, v. 59, n. 1, p. 55–66, 2016.

DAVIS-FLOYD, R. **Ways of Knowing About Birth**. [s.l.] Long Grove: Waveland Press Inc., 2018.

FEDELE, A.; WHITE, J. Birthing matters in Portugal: introduction. **Etnografica**, v. 22, n. 3, p. 607–618, 2018.

FERREIRA, I. **Indicadores Maternos e Neonatais no Parto no Domicílio**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://uterus.pt/2015/08/01/indicadores-maternos-e-neonatais-no-parto-no-domicilio/>>.

FERREIRA, M.; MONTEIRO, C.; ROCHA, A. Percepção e importância dos cuidados recebidos durante o trabalho de parto e parto. **APEO - Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras**, v. 10, p. 12–15, 2009.

FREITAS, M. **Comadres e matronas**. Lusociência ed. [s.l.: s.n.].

GARCES, A. et al. Traditional Birth Attendants and Birth Outcomes in Low-Middle Income Countries: A Review. **Seminars in perinatology**, v. 43, n. 5, p. 247–251, 2019.

GONÇALVES, M. **Parto na água em Portugal: Experiência das mães. Parto na água em Portugal: Experiência das mães**. [s.l.] Instituto Politécnico de Viseu, 2018. Disponível em: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4951/1/MarianaAlvesGoncalves_DM.pdf

Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2011, Lisboa: INE, I.P. 2014.

Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2011, Lisboa: INE, I.P. 2022.

KITZINGER, S. **A experiência do parto**. [s.l.] Instituto Piaget, 1995.

NETHERY, E. et al. Birth Outcomes for Planned Home and Licensed Freestanding Birth Center Births in Washington State. **Obstetrics & Gynecology**, v. 138, n. 5, p. 693–702, 2021.

NILSSON, C.; LUNDGREN, I. Women's lived experience of fear of childbirth. **Midwifery**, v. 25, n. 2, p. 1–9, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Informação/Recomendações à grávida/Casal quando desejam um parto o domicílio: Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica**. [s.l.] Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Parecer n.º 31/2013. Parto no Domicílio – Hipótese de Realização de Parto em Casa**. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>>.

PALHARINI, L.; FIGUEIRÔA, S. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1039–1061, 2018.

Pordata. Partos: total e em estabelecimentos de saúde. www.pordata.pt. 2022.

SANTOS, C. **Cursos de preparação para o parto e o empowerment da mulher durante o trabalho de parto**. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.15/2310>>.

SANTOS, M. **Nascer em casa: a desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português**. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa: [s.n.].

SANTOS, M. Trajetórias de desinstitucionalização do parto. A rejeição da hegemonia biomédica na opção pelo parto em casa. **Atas do VIII Congresso Português de Sociologia**, 2014.

SANTOS, M.; AUGUSTO, A. Se estava tudo bem, porque é que eu havia de ir a uma obstetra? identidade, risco e consumo de tecnologia médica no parto domiciliar em Portugal. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 82, p. 49–67, 2016.

TYASRINESTU, F.; SITTIPRAPAPORN, P. How Gendhing Gamelan reduced anxiety in pregnancy. **Asian Journal of Medical Sciences**, v. 11, n. 1, p. 37–41, 2020.

VERHOEVEN, C. et al. More home births during the COVID-19 pandemic in the Netherlands . **Birth**, 2022.

VILELAS, J. **Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento**. 3. ed. [s.l.] Edições Sílabo, 2020.

A EVOLUÇÃO DO PAPEL DA PARTEIRA EM ESPANHA

Data de submissão: 13/06/2023

Data de aceite: 02/08/2023

Ana Catarina Nunes Caetano da Silva

Hospital José Joaquim Fernandes
Beja – Portugal
<https://orcid.org/0009-0001-2429-0183>

Catarina dos Santos Pires

Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Lisboa – Portugal
<https://orcid.org/0009-0008-4674-2751>

Sandra Avila Silva

Hospital Joan XXIII
Tarragona – Espanha
<https://orcid.org/0009-0003-1562-8773>

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Serviço
Urgência Obstétrica e Ginecológica,
Barreiro, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8484-665X>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC), Universidade de Évora, Escola
Superior de Enfermagem São João de
Deus
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

tempos na formação das parteiras em Espanha foram elementos-chave que condicionaram o seu desenvolvimento formativo e profissional. Desta forma, conhecer e perceber a história da evolução da profissão da parteira em Espanha é descobrir as razões e os obstáculos que abriram caminho para uma profissão marcada pelo género feminino. Objetivo: Conhecer a evolução formativa da parteira e a sua influência na construção da profissão atual em Espanha. Metodologia: Foi realizada pesquisa com recurso à plataforma da Universidade de Évora (Biblioteca da Universidade de Évora - Pesquisa EDS). A pesquisa foi realizada durante o mês de abril de 2023. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, elegeram-se sete estudos para inclusão na presente revisão. Resultados: Resultante desta pesquisa surgiram 283 artigos, após aplicação dos critérios da inclusão, foram selecionados 14 artigos. Posteriormente, após leitura integral dos 14 artigos, apenas 7 artigos foram selecionados, por cumprir os critérios de inclusão. Conclusão: Os estudos evidenciaram que a evolução formativa influencia o desenvolvimento da profissão da parteira em Espanha, assumindo-se a necessidade de um esforço contínuo para a

RESUMO: Enquadramento: Os acontecimentos ocorridos ao longo dos

constante valorização da mesma.

PALAVRAS-CHAVE (DeCS): Matrona; Evolución Social; Historia; España

THE EVOLUTION OF THE MIDWIFE'S ROLE IN SPAIN

ABSTRACT: Background: The events which have occurred over time in the training of midwives in Spain have been key elements which have conditioned their training and professional development. Thus, to know and understand the history of the evolution of the midwifery profession in Spain is to discover the reasons and obstacles that have paved the way for a profession marked by the female gender. Objective: To know the formative evolution of midwifery and its influence on the construction of the current profession in Spain. Methodology: Research was conducted using the platform of the University of Évora (University of Évora Library - EDS Research). The research was carried out during the month of April 2023. After applying the inclusion and exclusion criteria, seven studies were selected for inclusion in this review. Results: This search yielded 283 articles, and after applying the inclusion criteria, 14 articles were selected. Subsequently, after full reading of the 14 articles, only 7 articles were selected, as they met the inclusion criteria. Conclusion: The studies showed that the formative evolution influences the development of the midwifery profession in Spain, assuming the need for a continuous effort for the constant valorization of the same.

KEYWORDS (DeCS): Midwifery; Social Evolution; History; Spain

1 | INTRODUÇÃO

Os acontecimentos ocorridos na formação das parteiras em Espanha foram elementos-chave que condicionaram o seu desenvolvimento formativo e profissional distinto se comparado com outras profissões de saúde e com o reconhecimento atribuído social e profissionalmente a esta ocupação. Desta forma, conhecer e perceber a história da evolução da profissão da parteira em Espanha é descobrir as razões e os obstáculos que abriram caminho para uma profissão marcada pelo género feminino.

Inicialmente, para exercer esta profissão eram necessários apenas conhecimentos práticos de assistência ao parto. Com o passar do tempo, foi exigido um título legalmente reconhecido e para isso, formação prévia. Desta forma, torna-se fulcral perceber e analisar os acontecimentos que conduziram, durante séculos, à obtenção de uma profissão organizada e regulamentada (GIL, 2016).

Segundo Damas et al. (2018), a figura da parteira sempre existiu desde os povos mais antigos, egípcios, gregos, romanos e hebreus. Os relatos antigos indicam que a maioria dos partos eram assistidos por mulheres e que essa arte era ensinada de uma mulher para a outra, o conhecimento prático era passado oralmente de geração em geração graças à experiência e habilidade, levando ao monopólio feminino da assistência ao parto.

De acordo com Gil (2016), em meados do século XVI, uma corrente médica interessada na arte do parto começou a ganhar lugar pela Europa, marcando o início da profissão deixando de ser um monopólio formado exclusivamente por mulheres. Este

acontecimento, foi influenciado pelo auge demográfico na Europa, pelas mudanças sociais, necessidade de aumentar a adesão universitária masculina e o interesse pelo estudo da reprodução, anatomia e fisiologia do parto.

Os conhecimentos e a formação acadêmica regulamentada e organizada das parteiras espanholas e europeias só foram conhecidos após meados do século XVII. O que no início era uma transmissão de conhecimentos práticos, desenvolveu-se ao longo do tempo, numa formação acadêmica especializada do Curso Superior de Enfermagem. As parteiras tornaram-se, na maioria dos países, uma profissão universitária, independente numa Especialidade de Enfermagem (DAMAS et al., 2018).

Em Espanha, a Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi criada em 1993 (GÓMEZ et al., 2018). Só em 2009, é que o programa da especialidade seria atualizado, por força da necessidade da sua adequação à legislação em vigor e às novas competências que as parteiras deveriam atingir no final do programa de formação.

Atualmente, 80% das parteiras em exercício foram formadas pelo modelo do Enfermeiro Interno Residente (EIR). O seu surgimento trouxe inúmeros benefícios para a população, favorecendo a normalidade do processo fisiológico da gravidez, parto e puerpério, bem como o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção da saúde sexual, reprodutiva, e do climatério (SANCHÉZ, 2018).

As sucessivas alterações que têm regulado a profissão das parteiras em Espanha, levam-nos a pesquisar através desta revisão narrativa, cujo objetivo principal é conhecer a evolução formativa da parteira e a sua influência na construção da profissão atual em Espanha.

2 | METODOLOGIA

Dada a natureza do tema em estudo, o presente trabalho assenta numa Revisão Narrativa da Literatura que, segundo Sousa, Firmino, Vieira e Severino (2018) é constituída por cinco etapas: 1) seleção de um tema de revisão; 2) pesquisa da literatura em bases de dados; 3) recolha, seleção, leitura e análises dos artigos pesquisados; 4) redação da revisão; 5) apresentação das referências bibliográficas. Neste tipo de narrativa, os artigos para revisão selecionados podem apresentar uma tipologia muito ampla e abranger vários assuntos.

Posto isto, esta revisão pretende conhecer a evolução formativa da parteira e a sua influência na construção da profissão atual em Espanha.

Para a elaboração desta revisão foi definida uma questão de revisão, utilizando a metodologia PIO – P (população-alvo/population), I (tipo de intervenção/intervention), O (resultados/outcomes). Na sequência da escolha do tema e, por forma a dar resposta ao objetivo anteriormente definido, foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais os efeitos da evolução formativa da parteira na construção da profissão atual em Espanha?

A elaboração da questão PIO teve por base os seguintes critérios (tabela 1)

P	População - alvo	Quem foi alvo de estudo?	Parteiras em Espanha
I	Intervenção	O que foi feito?	Formação
O	Resultados	Resultados esperados	Efeitos na construção da profissão atual em Espanha

Tabela 1: Critérios de elaboração para a questão PIO.

Fonte: Adaptado de Donato e Donato (2019)

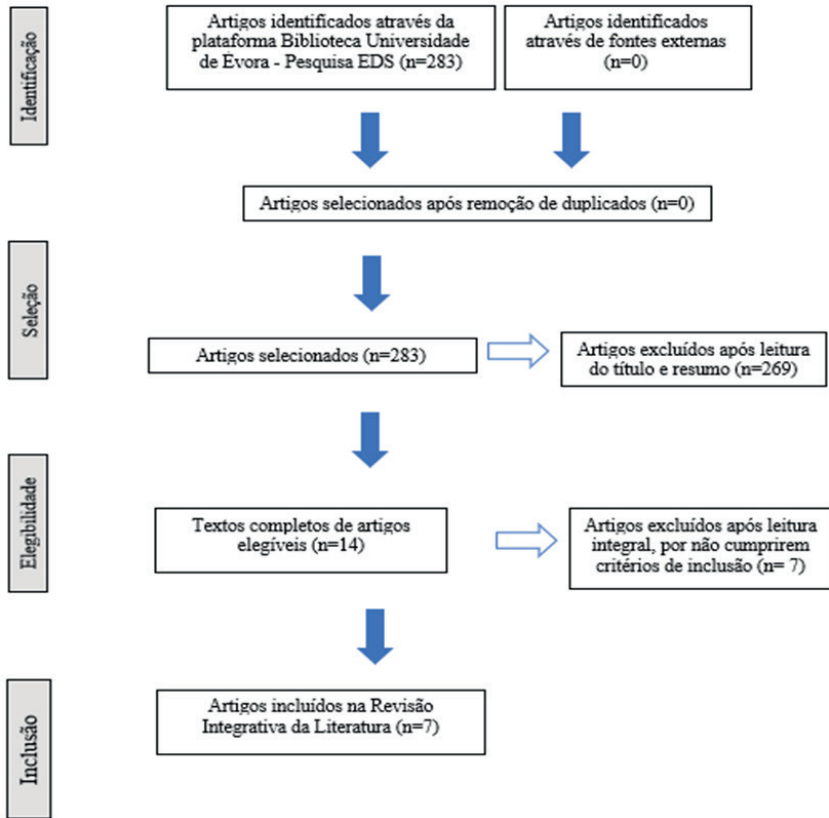
No seguimento da elaboração da questão de revisão, procedeu-se à colheita de dados sobre a temática, com recurso à plataforma da Universidade de Évora (Biblioteca da Universidade de Évora - Pesquisa EDS) que permite o acesso a várias bases de dados de referência, acesso aberto e texto integral, cujos nomes figuram na secção “resultados”, aquando da apresentação individualizada de cada um dos estudos utilizados. A pesquisa foi realizada durante o mês de abril de 2023.

Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na língua espanhola, com o recurso à interseção entre eles através do operador booleano “AND” de acordo com a seguinte organização: *Matrona AND Evolución AND Historia AND España*.

De forma a limitar a colheita de dados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo e nos idiomas português, espanhol e inglês, que respondessem à questão de investigação em curso e com publicação no horizonte temporal de janeiro de 2016 a abril de 2023.

Como critérios de exclusão, não foram considerados artigos sem relação com a temática, datas de publicação anteriores a 2016 e resultados duplicados. Numa primeira fase da pesquisa, ao aceder à plataforma EDS, de acordo com o alinhamento suprarreferido, foram identificados 283 artigos. Para a seleção, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos, resultando deste processo a elegibilidade de 14 artigos, tendo sido eliminados 269 artigos por não irem ao encontro da questão de investigação. Posteriormente, efetuou-se a leitura integral dos 14 artigos, tendo ficado elegíveis sete artigos. Foram, nesta fase, excluídos os restantes (sete artigos) por não cumprirem os critérios de inclusão. Para maior compreensão, encontra-se esquematizado o percurso realizado para a seleção dos artigos, através de um fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de pesquisa



Fonte: Elaborado pelos autores através da adaptação do modelo PRISMA

3 | RESULTADOS

Os sete artigos selecionados com base na questão de investigação e nos objetivos desta revisão foram analisados e procedeu-se à construção do seguinte quadro (Quadro 1) onde, por ordem cronológica, se pode observar de forma sintética e organizada a informação neles contida.

Artigo 1: “Análisis cualitativo, percepción de las matronas de la evolución de su profesión” (Abero, 2016). País: Espanha, León	
Objetivos	O objetivo do estudo consistiu em explorar a percepção que as parteiras têm sobre a evolução da sua profissão, através realização de uma entrevista aberta. A metodologia aplicada é qualitativa e de corte transversal, utilizando as técnicas de pesquisa documental e entrevista em profundidade com duas parteiras, com idade entre 56 e 60 anos. O tipo de amostragem foi intencional, característico da análise qualitativa.
Resultados/ Conclusões	<p>Observam-se posições bastante semelhantes quanto ao reconhecimento e desenvolvimento da profissão. A parteira é membro de um grupo com grande poder de decisão. Os limites encontrados no seu desenvolvimento profissional, fortemente baseado no empirismo, foram desafiados até chegar às Universidades e assim moldar-se como a profissão atualmente.</p> <p>A profissão sofreu desde os anos setenta até ao presente, grande evolução estando a parteira incluída nos cuidados de saúde primários e no desenvolvimento de atividades científicas o que permite à profissão atender às necessidades das sociedades atuais.</p> <p>Em suma, as parteiras são profissionais altamente qualificadas, com formação suficiente para ser profissionais independentes que oferecem cuidados de qualidade à mulher, sempre alavancados por evidências científicas.</p> <p>No que diz respeito às suas competências, as parteiras não se veem devidamente reconhecidas tendo avaliada como lenta e insuficiente a ação por parte das instituições onde exercem funções.</p> <p>É essencial a contínua “luta” pela defesa de se manter uma profissão independente, não sendo ultrapassadas as funções da parteira pelo médico obstetra quando se trata de uma gravidez/parto de baixo risco. Em conclusão, tendo em conta os resultados obtidos nas entrevistas em profundidade e a pesquisa documental realizada, existem opiniões idênticas em relação ao reconhecimento social e ao desenvolvimento da profissão, tendo por base a evolução formativa.</p>
Artigo 2: “La formación de las matronas: una aproximación al estudio de la evolución de esta profesión, (1857-1957)” (Gil, 2016). País: Espanha, Madrid	
Objetivos	Esta tese de doutoramento tem com objetivo estudar o processo de formação das parteiras em Espanha no período compreendido entre 1857 e 1957.
Resultados/ Conclusões	<p>Na época medieval, o cargo de parteira não era reconhecido como uma profissão e a sua formação não estava regulamentada. Com o passar do tempo, a preocupação com a saúde das mães e dos bebés influenciou o surgimento de regulamentação que exigia que as parteiras tivessem formação contribuindo para um maior reconhecimento da profissão e um status social.</p> <p>Com o cumprimento da legislação implementada, denotou-se diminuição da morbimortalidade materna e infantil. Para além da regulamentação, outro fator que influenciou o reconhecimento da profissão, foi o surgimento do movimento intelectual racionalista que procurou o desenvolvimento da humanidade através do uso da razão sendo que, para tal efeito, necessitavam de profissionais capacitados. Assim, surgiu a profissão independente de parteira e posteriormente, a especialidade dentro da profissão de Enfermagem. Com o passar dos anos, a profissão tem evoluído com influência dos fatores sociais e políticos, consolidando-se a sua formação a nível académico e reconhecendo-se a sua missão de acompanhar e auxiliar a mulher em todo o seu ciclo de vida.</p>
Artigo 3: “De la república a la dictadura: más de 20 años de evolución de la profesión de las matronas en España” (Gómez et al., 2018). País: Espanha	
Objetivos	O objetivo deste estudo é recuperar a memória das parteiras no período anterior (Segunda República) e posterior à Guerra Civil Espanhola, dada a escassez de estudos e documentos originais relacionados com a profissão.

Resultados/Conclusões	O conflito da Guerra Civil mudou a vida das mulheres espanholas e das parteiras, já que na Segunda República estas passaram por um período de grande crescimento profissional, enquanto viam os seus direitos defendidos através da inclusão nos sindicatos trabalhistas, conseguindo assim melhoria ao nível das condições de trabalho. Outro ganho que influenciou a qualidade dos cuidados prestados pelas parteiras foi o surgimento, em 1931, do Seguro de Maternidade Obrigatório. Durante a Guerra Civil as parteiras viveram um período de grande dificuldade. O período pós-guerra foi igualmente difícil tendo as parteiras perdido totalmente a independência.
Artigo 4: “Reflexión sobre la evolución de la formación de matrona” (Sánchez, 2018). País: Espanha	
Objetivos	Não aplicável.
Resultados/Conclusões	Na sequência das mudanças políticas e sociais em Espanha, mas sobretudo do interesse das parteiras pela sua formação, em 1992 foi criado um programa de formação para a Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Em 2009, este programa foi atualizado de acordo com a legislação atual e foi desenvolvido sob a forma de competências que a parteira residente deveria alcançar no final do programa de formação. Atualmente, 80% das parteiras que exercem a sua atividade em Espanha foram formadas segundo o modelo da EIR. São reconhecidos inúmeros benefícios após o aparecimento da figura da parteira, favorecendo o processo fisiológico da gravidez. Nesta reflexão, é salientada a importância da formação contínua nesta .
Artigo 5: “Evolución histórica de las matronas y la partería” (Romero, 2018). País: Espanha, Almería	
Objetivos	Analisar o resultado de vários estudos que documentam o papel da parteira durante o primeiro terço do século XX, em relação à perspectiva de género, à formação, à Guerra Civil e às contribuições das parteiras para o bem-estar dos cidadãos.
Resultados/Conclusões	Existem evidências consideráveis acerca da história das parteiras ser escrita e reconstruída com base na perspectiva de género. Essa visão transversal permite observar o lento desenvolvimento da profissão ao longo dos anos que, sob a influência do referido sistema hierárquico afetou a formação, o acesso ao conhecimento e consequentemente ao desenvolvimento do seu trabalho. Destaca-se como avanço a implantação do Seguro Maternidade Obrigatório. Isso significou um avanço na história social, pois facilita a assistência à parturiente e um acompanhamento obrigatório durante a gravidez e pós-parto.
Artigo 6: “Historia de las enfermeras obstétricas: importancia de sus cuidados en la atención al parto” (Damas et al.,2018). País: Cuba	
Objetivos	Realizou-se uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de descrever a importância do papel da parteira na prestação de cuidados durante o parto.

Resultados/Conclusões	<p>A figura da parteira sempre existiu, desde os povos mais antigos, egípcios, gregos, romanos e hebreus. As primeiras intervenções das parteiras no parto baseavam-se na ajuda religiosa, no contato e na proteção da mulher e do recém-nascido. Desde o final da Idade Média, já eram reconhecidas quatro funções às mesmas: assistência à grávida, ao parto e ao puerpério, cuidado do recém-nascido, assistência às doenças da mulher e aconselhamento sobre medidas contraceptivas.</p> <p>Espanha iniciou, a partir do século XX, uma contínua reestruturação dos estudos de obstetria tendo sido aprovado um programa de formação e estabelecidos os requisitos mínimos das unidades de ensino e o regime de acesso à obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A pesquisa pela história e evolução da enfermagem obstétrica permitiu reconhecer o valor das parteiras na prestação de cuidados, bem como a sua influência na evolução desta especialidade com o surgimento da enfermagem.</p> <p>A preparação do profissional de enfermagem nas diferentes ciências, bem como em técnicas de educação para a saúde, faz dele um colaborador essencial na prestação de serviços ao longo do ciclo de vida da mulher.</p>
Artigo 7: “Historia de las matronas em España” (Ruiz – Berdún, 2022). País: Espanha	
Objetivos	Não aplicável
Resultados/Conclusões	<p>Existem marcos importantes na história das parteiras em Espanha: o estabelecimento, em 1750, da obrigatoriedade de realização de um exame para exercer a profissão; Em 1857, o reconhecimento do curso de parteira no ensino universitário (as parteiras foram as primeiras universitárias em Espanha); Em 1861, a criação da Escola Especial de Obstetria; Em 1977, a recusa da criação de uma ordem independente para as parteiras devido ao desprestígio atribuído pela classe médica (cirurgiões) havendo uma rivalidade entre profissionais e conflito de interesses.</p> <p>O crescente número de casas de parto e maternidades acarretou um aumento de complicações como a infecção puerperal que levou à morte de muitas mulheres. Esta situação melhorou no séc. XIX com o surgimento do antibiótico e de outros medicamentos.</p> <p>Em 1924, fundou-se a Casa da Saúde de Santa Cristina que posteriormente, em 1940, se tornou o único local oficial para obter o título de parteira.</p> <p>Durante a Guerra civil, foram criados albergues para grávidas e comissões provinciais para supervisão da assistência materno-infantil e a aplicação da lei da Saúde Infantil e Materna também criada nesta época.</p>

Quadro 1- Síntese dos artigos elegidos

Fonte: Elaborado pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

De acordo com os dados apresentados na secção resultados, segue-se a discussão dos mesmos através de uma leitura criteriosa. Com o intuito de alcançar o objetivo proposto nesta revisão, e de acordo com os resultados obtidos podemos destacar várias fases importantes, que influenciaram a profissão atual de parteira.

Segundo Gil (2016), o aprofundamento nos estudos das parteiras implica realizar uma análise cronológica do reconhecimento e exercício desta atividade, que ao longo do tempo foi afetada por um quadro de normativas legais que alteraram os seus padrões de atuação e, ao mesmo tempo, foi sujeita aos regulamentos vigentes provenientes de outras profissões, como a medicina. De igual forma, dependeu das circunstâncias sociais, políticas e económicas de cada época.

Desde os primeiros povos que as mulheres se interessaram pela temática relacionada com o ciclo reprodutivo da mulher. O ofício de parteira foi uma das primeiras profissões da saúde exercida por mulheres, relacionada com a assistência e cuidado. Podemos conhecer os primeiros acontecimentos históricos desta profissão recorrendo a fontes tão antigas quanto a Bíblia, onde é relatado o trabalho das “parteiras hebraicas”, mulheres que eram altamente reconhecidas pela sua categoria profissional, contribuindo com dados valiosos para o desenvolvimento da história desta profissão (ABERO, 2016).

De acordo com Gil (2016), numa primeira fase (fase empírica), a população encarava a doença como castigo divino recorrendo aos templos e mosteiros para ser tratada pelos sacerdotes-médicos. No que diz respeito ao parto e tudo o que o envolve, havia uma clara diferença, pois este evento não era considerado uma enfermidade, mas sim entendido como um processo natural que não interessava aos médicos nem aos padres. Essa tarefa era confiada às mulheres com conhecimentos acerca dessa temática que, na sua grande maioria, pertenciam à mesma família e encontravam nesta atividade uma vocação transmitida e aprendida na mesma descendência e uma forma de sustento dada a situação económica difícil caracterizada pela escassez de recursos e por um período de predominância da vida rural com um nível grande de pobreza. A formação das primeiras parteiras baseou-se na experiência e na prática, sendo os conhecimentos transmitidos oralmente e a sua função reconhecida socialmente (DAMAS et al., 2018).

Numa segunda fase (fase científica), em meados do séc. XVI, uma corrente médica masculina interessada pelo nascimento começou a ser difundida lentamente pela Europa marcando o começo desta profissão deixar de ser um monopólio formado exclusivamente por mulheres. Deixou-se o costume da transmissão oral e prática dos saberes e experiências de geração em geração e os homens começaram a ganhar popularidade nesta área (GIL, 2016). O desprestígio atribuído, na sua maioria, pela classe médica masculina foi constante e impulsionou a resiliência das parteiras que se reinventaram e procuraram mais formação junto das escolas de saúde que eram permitidas frequentar. A sua formação e a instrução foram grandemente influenciadas pelo patriarcado, que produziu uma profunda desigualdade entre os homens que exerciam medicina e as parteiras, no que diz respeito ao reconhecimento científico, levando a desenvolvimento lento da profissão ao longo dos anos bem como, dificuldade no acesso ao ensino académico (RUIZ – BERDÚN, 2022).

Por fim, em 1857 (época da Segunda República Espanhola), a parteira foi reconhecida como profissão independente e a sua formação foi considerada academicamente no ensino universitário (as parteiras foram as primeiras universitárias em Espanha), atingindo um marco importante da sua carreira (GIL, 2016).

Segundo Ruiz-Berdún (2018), a Segunda República foi uma época de melhoria para as mulheres espanholas e, do ponto de vista profissional, também para as parteiras. A figura feminina começou a ganhar importância na sociedade, com o direito de voto e o acesso às oportunidades de trabalho. As parteiras espanholas começaram a publicar e

a escrever artigos na imprensa e foram criados sindicatos trabalhistas com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e os salários.

A literatura revista também destaca como avanço a implementação do Seguro de Maternidade Obrigatório, em 1931 que veio melhorar a qualidade da assistência à parturiente e um acompanhamento obrigatório durante todo o processo de gravidez, parto e puerpério uma vez que, anteriormente, não existia (SÁNCHEZ, 2018).

Todas estas melhorias findaram com o surgimento da Guerra Civil Espanhola entre 1936 e 1939. Houve um retrocesso em relação à autonomia, conhecimento científico e visibilidade da figura da parteira que até aqui tinha sido atingido (RUIZ-BERDÚN, 2018).

De acordo com o autor Gómez et al., (2018) as parteiras viveram um período de grande dificuldade, passando a desempenhar diversas funções, típicas de um contexto bélico. Assumiram um papel-chave na gestão e resolução de problemas que advieram com a guerra como a criação de albergues para grávidas, comissões provinciais para supervisão da assistência materno-infantil e a aplicação da lei da Saúde Infantil e Materna que também foi criada nesta época tendo como objetivo o decréscimo da morbimortalidade materna e infantil e a melhoria na qualidade de cuidados. O período pós-guerra foi igualmente difícil sendo marcado pela crise económica e pela repressão exercida pelo novo governo. As parteiras perderam grande parte da sua independência e algumas chegaram a ser vítimas de exílio e condenações.

Seguiu-se um período de reconquista dos seus direitos formativos, da sua independência profissional e do seu reconhecimento social sendo que em 1957, conseguiram obter a Categoria de Especialidade de Parteira (GIL, 2016). Entre 1915 e 1986 a profissão de parteira e enfermeira sofreu fusão e várias alterações na sua formação e denominação. A entrada de Espanha na Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986, levou à adaptação do currículo de formação das parteiras de acordo com as Diretivas da CEE promovendo a sua uniformização. Estabelece-se assim uma definição comum do âmbito de atuação das parteiras, as atividades para as quais estão habilitadas e os requisitos mínimos para a sua formação.

Em 1993, surgiu a Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica dentro da profissão de enfermagem, levando os profissionais a prestar cuidados especializados à mulher numa perspetiva mais ampla, bem como a desempenhar funções de gestão, pesquisa e ensino. Os limites da ação estendem-se ao atendimento das mulheres dentro e fora sua fase reprodutiva, enfatizando aspetos de prevenção (DAMAS et al., 2018).

Segundo Sánchez (2018), a publicação deste programa de formação foi influenciada por várias mudanças políticas e sociais. Além disso, a iniciativa das parteiras para melhorar a sua formação e a sua preocupação com a falta de especialização na área contribuíram para a regulamentação da profissão. Em 2009, o programa foi atualizado de forma a se adaptar à legislação em vigor passando a ser implementado o método formativo do

Enfermeiro Interno Residente.

Durante os últimos anos, observou-se que o conhecimento e liderança demonstrado pelas parteiras resultou numa melhoria do processo fisiológico da gravidez, do parto e do puerpério, bem como num aumento das atividades relacionadas com a promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva em todo o ciclo de vida reprodutivo da mulher. Estas profissionais têm-se dedicado ainda à área da investigação publicando e divulgando ativamente vários documentos académicos, contribuindo para o avanço científico na área da saúde materna e obstétrica e para a valorização da profissão (SANCHÉZ, 2018).

CONCLUSÃO

Os resultados comprovam que as evoluções formativas têm influência no desenvolvimento da profissão de parteira em Espanha

A evolução formativa nem sempre foi homogénea, passando por períodos mais controversos e difíceis, como durante e após o período da Guerra Civil. Porém, destaca-se o surgimento da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica como o ponto chave que leva os profissionais a prestar cuidados especializados à mulher numa perspetiva mais ampla, bem como a desempenhar funções de gestão, pesquisa científica e ensino.

Perante estas evidências, consideramos que o conhecimento sobre o contexto histórico, social, económico e político é importante para entender a visão atual da profissão. O nosso passado influencia o presente e isso remete-nos para a necessidade da contínua luta para a valorização e reconhecimento das parteiras, permitindo reconhecê-las como figuras fulcrais na promoção, prevenção e prestação de cuidados em todas as fases, que são únicas, na vida de cada mulher e famílias, desde os tempos mais antigos. É de salientar que há determinados aspetos da profissão que devem ser desmistificados em conjunto com a valorização da própria mulher, caminhando para uma sociedade mais inclusiva.

REFERÊNCIAS

Abero, G. M. A. (2016). **Análisis cualitativo, percepción de las matronas de la evolución de su profesión**. Universidade de León. Repositório Institucional da Universidade de León. <https://buleria.unileon.es/handle/10612/6392>

Damas, L., Pérez, A. & Machado, R. (2018). Historia de las enfermeras obstétricas: importancia de sus cuidados en la atención al parto. **Revista Cubana de Enfermería**, 34(3), 696-706. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1427>

Donato, H. & Donato, M. (2019). Etapas na condução de uma revisão sistemática. **Acta Médica Portuguesa**, 32(3), 227-235. <file:///C:/Users/Ana%20Caetano/Downloads/amp,+227-235.pdf>

García, G. (2018). **De la república a la dictadura: más de 20 años de evolución de la profesión de las matronas en España**. Interlinea enfermera.

Gil, J. (2016). **La formación de las matronas: una aproximación al estudio de la evolución de esta profesión (1857-1957)** [Tese de Doutouramento, Universidad Complutense Madrid]. Repositório Institucional de la UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40265/>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E. & McDonald, S. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, 71, 1-9.

Romero, G. J. (2018). **Evolución histórica de las matronas y la partería**. Universidade de Almería. Repositório Institucional da Universidade de Almería. <http://repositorio.ual.es/handle/10835/7152>

Ruiz-Berdún, D. (2022). **Historia de las matronas en Espanã** (1ª edição). Guadalmazán.

Sánchez, M. I. (2018). **Reflexión sobre la evolución de la formación de matrona**. Editorial.

Sousa, L., Firmino, C., Vieira, C., Severino, S. & Pestana, H. (2018). Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, 1(1), 45-54. <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>

O ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 02/08/2023

Carolina Isabel Bentes Gomes

Administração Regional de Saúde do
Algarve, I.P.
Faro – Portugal
<https://orcid.org/0009-0006-4799-8260>

Miriam Márquez Gambín

Centro Hospitalar Universitário do Algarve,
E.P.E.
Faro – Portugal
<https://orcid.org/0009-0006-1394-3181>

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Serviço
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Barreiro - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8484-665X>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC), Universidade de Évora, Escola
Superior de Enfermagem São João de
Deus
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

momento do parto, considera-se importante a presença de um acompanhante de escolha da mulher, com o objetivo de apoiá-la durante este momento único da sua vida. Objetivo: Indagar sobre a evolução do papel do acompanhante durante o parto na cultura ocidental, nomeadamente os benefícios que este pode trazer durante o trabalho do parto, gravidez e puerpério. Metodologia: Revisão narrativa da literatura. Os artigos selecionados foram encontrados nas bases de dados Pubmed, Biblioteca da Universidade de Évora e Scielo, assim como Biblioteca do Conhecimento online (B-on), através de descritores MeSH, com os critérios de inclusão: limitação do período entre 2002 e 2023, acesso gratuito, texto completo, artigos em português, inglês e espanhol, análise de título e resumo. Resultados: Obtiveram-se 49561, após aplicação dos critérios de inclusão e leitura do título e resumo dos estudos selecionados permitiu a seleção de 18 artigos. Destes, 13 foram excluídos após a leitura do texto completo. Assim, incluíram-se 5 estudos para análise. Conclusões: Os estudos encontrados demonstram que o papel do acompanhante durante o trabalho de parto evoluiu nos últimos 20 anos, tendo este, atualmente, uma maior e mais ativa

RESUMO: Enquadramento: O parto e a assistência ao parto têm vindo a sofrer, ao longo do tempo, várias mudanças que modificaram a vivência deste acontecimento. Dada a complexidade do

participação, e estando mais integrado pelos profissionais de saúde. Não obstante, continua a ser necessária uma maior representação da figura paterna na educação maternal e paternal, de modo a permitir uma preparação adequada.

PALAVRAS-CHAVE (DeCS): Pai; Nascimento; História; Companheiro; Parto humanizado

THE CAREGIVER DURING LABOR: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Background: Birth and childbirth care have undergone several changes over time that have modified the experience of this event. Given the complexity of childbirth, the presence of a companion of the woman's choice is considered important to support her during this unique moment of her life. Objective: To investigate the evolution of the role of the caregiver during childbirth in Western culture, namely the benefits that this person can bring during labor, pregnancy, and the puerperium. Methodology: Narrative literature review. The selected articles were found in the Pubmed, University of Évora Library and Scielo databases, as well as online Knowledge Library (B-on), through MeSH descriptors, with the inclusion criteria: limitation of the period between 2002 and 2023, free access, full text, articles in Portuguese, English and Spanish, title and abstract analysis. Results: Obtained 49561, after applying the inclusion criteria and reading the title and abstract of the selected studies allowed the selection of 18 articles. Of these, 13 were excluded after reading the full text. Thus, 5 studies were included for analysis. Conclusions: The studies found show that the role of the companion during labor has evolved over the past 20 years, and currently has a greater and more active participation and is more integrated by health professionals. Nevertheless, a greater representation of the father figure in maternal and paternal education is still necessary to allow an adequate preparation.

KEYWORDS (DeCS): Father; Birth; History; Companion; Humanizing Delivery

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas verificaram-se diversas alterações significativas no processo e cuidados envolvidos no momento do parto. Podemos destacar algumas dessas transformações, como a transição deste evento da residência para o hospital, a evolução de um protagonismo das parteiras para uma abordagem predominantemente médica e a transição da não medicalização para a medicalização, fazendo com o que o parto transitasse de um processo natural para um evento mais artificial e metódico.

Devido às múltiplas transformações que foram evoluindo para atender da melhor maneira a grávida, esta passou a ser uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito da forma como o parto será conduzido (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

Segundo Vendrúscolo e KrUEL (2016, p.97), citando Maldonado (2002) e Storti (2004), “o parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como o da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam. A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e

as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto. Normalmente, os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis”.

Nos últimos anos ocorreram diversos avanços tecnológicos e desenvolvimentos na medicina que alteraram o modo como é prestado o cuidado à mulher durante o parto, tornando-o mais medicalizado e fazendo com que o médico seja o principal interveniente durante este evento (CAIRES e VARGENS, 2012).

A passagem do parto no domicílio para as instituições fez com que este momento passasse a ser regido pelas normas definidas pela instituição hospitalar. Desta forma, as mulheres começam a ficar sozinhas durante o trabalho de parto, internadas em quartos coletivos e tornam-se elementos passivos, uma vez que a institucionalização do parto teve como consequência o afastamento da família e da rede de apoio no processo do nascimento. A estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planeados para assistir as parturientes, mas sim as necessidades dos profissionais de saúde, fazendo com que a mulher passasse a parir somente na presença da equipa de saúde (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

Como consequência, o facto da parturiente parir num local que lhe é desconhecido, afastada da sua rede de apoio, pode constituir um fator de stress, uma vez que perde a ligação com o espaço familiar num momento tão especial na sua vida (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

Por estas razões, torna-se crucial que a presença do acompanhante seja apoiada pela equipa, com o objetivo de empoderar a parturiente para que se sinta mais confiante e tranquila durante o trabalho de parto (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

Como resultado, tem surgido, nos últimos anos, uma necessidade de olhar para o parto de outra forma. Nasce, assim, os movimentos de humanização do parto. Gomes et al., (2017) descrevem que a humanização da assistência no parto compromete que os enfermeiros honrem os aspetos da fisiologia feminina, sem intervenções dispensáveis, identifiquem os aspetos sociais e culturais do parto e do nascimento e presenteiem apoio emocional à mulher e à sua família, garantindo assim os direitos de cidadania. Esta é uma prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde e tem sido colocada em prática com sucesso em diversos países, tendo em conta que apresenta numerosos benefícios (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

A reinserção do homem no acompanhamento de todas as fases do trabalho de parto tem vindo a ser incentivada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fazer com que os profissionais e serviços de saúde se consciencializem da importância e benefícios que esta atitude pode trazer no processo de humanização do parto. Há ainda, no entanto, um longo caminho a percorrer (CAIRES e VARGENS, 2012).

Esta pesquisa tem como objetivo indagar sobre a evolução do papel do acompanhante durante o parto na cultura ocidental, nomeadamente os benefícios que este pode trazer

durante o trabalho do parto, gravidez e puerpério.

2 | METODOLOGIA

O presente artigo segue a metodologia de uma revisão narrativa da literatura. Para definir a questão de partida estabeleceu-se a população de mulheres grávidas que iriam passar pelo trabalho de parto, focando-nos no acompanhante. Deste modo, a questão que norteou a presente revisão foi: Será que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto tem benefícios?

Para responder a esta questão, foi realizada uma pesquisa primária nas seguintes bases de dados: Pubmed, Scielo e Biblioteca da Universidade de Évora (Pesquisa EDS).

Para a localização das referências foram utilizados os descritores: “Father”, “birth”, “history”, “companion”, e as palavras-chave: “humanized assistance” e “presence”, com o operador boleano “AND”, com um total de 49561 artigos. Tendo em conta o elevado número de resultados, aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: acesso gratuito, texto completo, idioma: português, inglês e espanhol, estudos qualitativos e quantitativos, intervalo de tempo entre 2002 e 2023, análise de título e resumo. Os critérios de exclusão foram todos aqueles que não cumprem os critérios de inclusão mencionados.

A análise das listas de bibliografia dos estudos selecionados permitiu a seleção de 18 artigos. Destes, 13 foram excluídos após a leitura do texto completo. Assim, incluíram-se 5 estudos para análise.

A presente revisão narrativa revelou algumas limitações, nomeadamente o facto de terem sido encontrados poucos estudos que abordassem o tema principal, o que fez com que houvesse a necessidade de aumentar o intervalo de tempo da pesquisa para além dos últimos 5 anos, o que tem como consequência a utilização de material de apoio pouco atualizado.

Além disso, verificámos que a maioria dos estudos encontrados focam-se no pai como acompanhante principal da grávida, sem incluir outras pessoas significativas que podem ser escolhidas pela parturiente.

RESULTADOS

Para análise dos artigos selecionados para análise, construímos a tabela 1, de forma a ficar mais explícita a informação extraída.

Autores, Ano, País	Objetivo	Amostra	Desenho do Estudo/Recolha de dados	Resultados
CUNHA et al., 2016. Portugal	Descrever as vivências das mulheres sobre o parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do Séc. XX, em Portugal.	n= 55 mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre 72 e 97 anos, que experienciaram o parto no domicílio, nas décadas de 40 a 60 do século XX em Portugal.	Estudo descritivo retrospectivo de natureza exploratória Recolha de dados: Questionário de Cunha (2013), aplicado a mulheres nas regiões Norte, Centro e Sul de Portugal Continental.	Nas décadas de 40 a 60, as mulheres eram assistidas maioritariamente por parteiras que utilizavam procedimentos muito rudimentares. As posições mais utilizadas foram a ginecológica e a lateral, e a maioria ficou com sequelas devido às condições de assistência precárias, destacando-se a deformação da vagina e a incontinência urinária.
PERDOMINI; BONILHA, 2011. Brasil	Conhecer a participação do pai, como acompanhante da mulher durante o parto	n= 24 pais que estiveram presentes durante o trabalho de parto e ou parto de sua companheira, internadas no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso Recolha de dados: Observação participante e entrevista semiestruturada	Os pais entendem que estar presente, dar carinho e usar palavras de apoio faz parte do papel de ser acompanhante. Os pais acreditam que a experiência de vivenciar o nascimento do seu filho, independente do número de nascimentos já acompanhados por eles, é uma experiência única, um momento inexplicável.

COSTA et al., 2016. Portugal	Contribuir para um conhecimento simultaneamente mais informado e aprofundado sobre realidades e desafios em torno dos contextos, experiências e significados que envolvem a presença (e ausência) do homem (pai) no parto.	N= 271 indivíduos que foram pais na sequência de um parto realizado numa instituição de saúde em Portugal, entre 2010 e 2016. 72,7% da amostra é do do sexo feminino e 27,3% do sexo masculino. A idade média dos inquiridos é de 36 anos.	Estudo quantitativo, descritivo, não experimental e transversal Recolha de dados: Inquérito por questionário, autoadministrado, aplicado por via eletrónica através da plataforma LimeSurvey®	Verifica-se uma pluralidade e diversidade de contextos, experiências e significados atribuídos à presença (e ausência) do homem (pai) no parto, sustentando assim a tese de que a presença do homem (pai) no parto acompanha de perto o processo de individualização, para o qual concorrem os subprocessos de sentimentalização e privatização.
GONZÁLEZ-JIMÉNEZ et al., 2018. Espanha	Comparar as experiências de acompanhamento durante o parto, bem como explorar as influências sobre duas gerações de pais nos hospitais da região autónoma de Madrid.	n= 19 pais separados em 2 grupos, sendo o primeiro constituído por 12 pais que estiveram presentes durante o parto há mais de 25 anos, e o segundo por 7 pais que estiveram presentes durante o parto há menos de 3 anos.	Estudo qualitativo. Recolha de dados: Entrevista semi-estruturada	Os pais que estiveram presentes no parto há mais de 25 anos tiveram um papel passivo de acompanhamento, destacando que não se sentiram integrados pelos profissionais. Os acompanhantes há menos de 3 anos tiveram um papel ativo, desempenhando funções específicas e evidenciando uma maior integração. Embora os pais mais recentes tenham participado nas sessões de educação materna e paterna, referiram alguma falta de informação.

ANTUNES et al., 2014. Brasil	Descrever as expectativas, os sentimentos e significados vivenciados pelos pais durante a participação no nascimento do filho.	n= 10 pais de crianças nascidas em Abril de 2009, numa maternidade pública em Montes Claros, Minas Gerais	Estudo descritivo e qualitativo. Recolha de dados: Entrevista semiestruturada	A vivência dos pais envolveu sentimentos discordantes, curiosidades, fantasias e expectativas, durante o nascimento do filho. Ainda assim, os pais puderam transmitir segurança e afeto às suas esposas e companheiras, e consideraram essa experiência como a descoberta de uma nova possibilidade de paternidade.
------------------------------	--	---	--	---

Tabela 1 – Análise dos Artigos

DISCUSSÃO

Ao longo das últimas décadas, existiram numerosas modificações nos cuidados à mulher, ao recém-nascido e à família, durante o nascimento. Anteriormente, o trabalho de parto, parto e pós-parto era efetuado num contexto íntimo e familiar, com a ajuda de pessoas, normalmente do sexo feminino, conhecidas como parteiras ou comadres (ANTUNES et al., 2014) e participavam também no ato e/ou encontravam-se no local avós, irmãs ou alguém do círculo da grávida (CUNHA et al., 2016; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ et al., 2018).

Durante o século XX, com o objetivo de minimizar os altos índices de mortalidade materna oriundos do parto no domicílio, o parto passou gradualmente a ser realizado no hospital (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016), instrumentalizado e medicalizado, com o apoio de médicos em vez de parteiras, o que fez com que o parto deixasse de ser visto como um “assunto de mulheres” (COSTA et al., 2016; VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016). Todas estas alterações fizeram com que a parturiente fosse perdendo o papel ativo que outrora tinha no decorrer do seu parto (ANTUNES et al., 2014).

Na década de 1950, na Península Ibérica, o pai não se encontrava no local do parto, permanecia fora e era chamado apenas quando o seu filho nascia. Durante os anos 60, à medida que o parto começa a ser realizado em meio hospitalar como mais frequência, o pai continua afastado da parturiente, sendo que esta também deixou de estar acompanhada dos seus familiares, ao contrário do que acontecia nos partos no domicílio (CUNHA et al., 2016; ROTH, 2021). Como consequência, em 1966, começaram a ser publicados estudos que enfatizam a desumanização do parto e a influência positiva que o acompanhamento contínuo tem na sua evolução (ROTH, 2021).

Atualmente, em Portugal, os partos acontecem, maioritariamente, em maternidades com apoio especializado, porém há culturas onde o parto é um momento de completa

solidão para a mulher (CUNHA et al., 2016).

Nos dias que correm o pai já não é visto como uma figura suplementar no processo do parto e puerpério, tal como acontecia no modelo patriarcal (ANTUNES et al., 2014). Estes estão cada vez mais interessados em acompanhar o nascimento dos seus filhos. No entanto, enquanto que para uns esta é uma experiência que recordam com satisfação, outros descrevem-na como cansativa (PERDOMINI e BONILHA, 2011).

Devido ao contexto de hospitalização durante o trabalho de parto surge a necessidade de evitar momentos de solidão por parte da parturiente, abrindo caminho para a inserção do acompanhante durante o parto. No entanto, embora seja amplamente reconhecido que é essencial acompanhar a mulher, surgiram diversas controvérsias em relação à aceitação da presença de um acompanhante durante este período, verificando-se que, enquanto que em alguns locais a presença do acompanhante é estimulada, noutros esta não é bem aceite (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016). De qualquer das formas, este movimento de humanização da assistência ao nascimento tem emergido nos serviços que buscam providenciar uma participação mais ativa da mulher durante o trabalho de parto (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

Outro fator que contribuiu para a crescente inserção do pai durante o trabalho de parto foi a alteração dos papéis de género que se tem verificado nas últimas décadas. No século XX os papéis assumidos por pais e mães eram tradicionalmente distintos, sendo que a mulher assumia a função de cuidadora e o pai o papel de autoridade, deixando os cuidados e educação dos filhos à responsabilidade da mulher. As mães constituíam a referência afetiva para as crianças, sendo estes papeis reforçados pelo próprio parto (CAIRES e VARGENS, 2012).

Atualmente, verifica-se um gradual aumento da participação do pai nos assuntos relacionados com a gravidez, apesar da sua exclusão das salas de parto ainda ser frequente, uma vez que algumas instituições de saúde ainda não dispõem de um adequado espaço físico e profissionais que privilegiem a sua presença durante o trabalho de parto, como medida de assistência humanizada no nascimento (CAIRES e VARGENS, 2012; ANTUNES et al., 2014).

Um estudo de 2011, realizado por Perdomini e Bonilha, concluiu que a presença do pai durante o trabalho de parto, prestando apoio à parturiente, estimula a mulher no momento expulsivo, o que pode diminuir a probabilidade de complicações durante o parto e fortalece a conexão entre o pai e o recém-nascido. Este constitui um marco importante na vida do casal, pelo que é fundamental pensar sobre a inclusão do pai durante o parto e pós-parto.

O mesmo estudo demonstra que alguns pais consideraram a sua presença importante durante todo o trabalho de parto, mesmo que permanecendo em silêncio, tendo a possibilidade de oferecer apoio emocional à mulher, aumentando a sua segurança através de palavras, gestos de afeto e tranquilidade. Referem ainda que se sentiram válidos

ao oferecer companhia à mulher durante a espera, proporcionando-lhe calma e conforto no momento das contrações uterinas, reduzindo a dor (PERDOMINI e BONILHA, 2011; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ et al., 2018). Outros pontos a favor vivenciados pelo acompanhante nesse cenário estão associados à maior intimidade com a grávida, admiração pela sua força, sentimento de orgulho e felicidade com a chegada do bebê (ANTUNES et al., 2014).

Os achados do estudo realizado em 2018, por González-Jiménez et al., acrescentam que, no caso das cesarianas, os pais apresentam uma participação mais ativa na educação e prestação de cuidados aos seus filhos, o que pode ser justificado pelo facto do pai passar as primeiras horas de vida junto ao bebê, uma vez que a mãe pode encontrar-se ausente (GONZÁLEZ-JIMÉNEZ et al., 2018).

Num estudo de 2011, conduzido por Perdomini e Bonilha, alguns pais verbalizaram sentir-se preocupados com o fato de a mulher ficar sozinha durante o trabalho de parto, referindo que não estarem presentes poderia gerar na parturiente um sentimento de desatenção e solidão, o que poderia contribuir negativamente durante o parto e traria implicações para ambos, mãe e recém-nascido.

Os pais participantes no estudo valorizam a sua presença e acompanhamento durante toda a evolução do trabalho de parto, referindo que o facto de estarem presentes fê-los sentir uma maior admiração pela sua companheira, valorizando ainda mais cada instante que estiveram juntos. Por outro lado, sentiram-se preocupados com o seu bem-estar (PERDOMINI e BONILHA, 2011). Estas conclusões vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos de Antunes et al., (2014), que demonstra que o apoio dado à mulher pode fortalecer a relação do casal, e de González-Jiménez et al., (2018), que verifica que a presença do pai durante o trabalho de parto influencia de forma positiva a sua ligação com o filho.

No passado, não era comum que os hospitais permitissem que as parturientes estivessem acompanhadas, nem mesmo pelo pai. No entanto, existia a possibilidade de se estabelecerem negociações com a equipa médica com o objetivo de permitir a presença de um acompanhante. Atualmente, este é um procedimento que deve atuar de forma plenamente integrada e complementar os padrões de humanização e participação da família na atenção ao nascimento (FILHO e COSTA, 2003).

É função dos profissionais de saúde respeitar a autonomia, crenças e valores da parturiente, de modo a atuar efetivamente na melhoria da qualidade da assistência obstétrica e neonatal (SILVA et al., 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS), admite como uma prática benéfica o respeito pela decisão da mulher sobre os seus acompanhantes durante o processo do nascimento (COSTA et al., 2016). Assim, a mulher tem a possibilidade de escolher um acompanhante com o qual possua uma ligação especial para estar ao seu lado, tanto no período de trabalho de parto e parto, como no pós-parto imediato (PERDOMINI e BONILHA, 2011).

Segundo o estudo de Perdomini & Bonilha (2011), é essencial informar o pai da

possibilidade de acompanhar a mulher durante o trabalho de parto e parto, assim como prepará-lo, ao longo da gravidez, para o seu papel neste momento. Nesse sentido, é necessário que as instituições hospitalares garantam o cumprimento da Lei nº 15/2014, declarada a 21 de março de 2014 em Portugal, que abrange as regras específicas de acompanhamento da mulher grávida durante o parto e internamento hospitalar. Em concreto, está reconhecido que deve ser garantido o direito da mulher grávida internada a ser acompanhada no estabelecimento de saúde por qualquer pessoa por si eleita, durante todas as fases do nascimento.

É um fato que a possibilidade do homem participar no trabalho de parto, incluindo nas cesarianas, constitui uma forma de nos aproximarmos ao exercício de uma parentalidade plena, adequada ao contexto social do século XXI (COSTA et al., 2016).

CONCLUSÃO

A recolha e análise da bibliografia selecionada possibilitou verificar que a maioria dos autores defende que os acompanhantes, nestes casos os pais, transmitem segurança e afeto através de diferentes formas às suas esposas e/ou companheiras durante o trabalho de parto, considerando este um marco transformador do qual querem fazer parte. Ao mesmo tempo, a parturiente sente-se mais confiante e apoiada durante este processo, fortalecendo o vínculo familiar.

Por outro lado, verificam-se diferenças na forma como o papel de pais acompanhantes tem sido exercido nos últimos anos, havendo hoje uma maior participação ativa no processo de nascimento do que nas gerações anteriores, bem como uma maior integração por parte dos profissionais de saúde. No entanto, existem ainda algumas questões por resolver, como uma maior representação desta figura na educação materna e paterna, que permita uma preparação adequada para o exercício do papel de pai acompanhante.

Podemos concluir que, ao longo dos anos, o papel do acompanhante escolhido pela mulher foi negligenciado e está, gradualmente, a ser recuperado. No entanto, as instituições de saúde e os profissionais, encontram vários desafios que precisam de ser enfrentados para garantir que os cuidados relacionados à autonomia, dignidade e conforto da mulher e do seu círculo mais próximo sejam respeitados durante o parto. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica tem um papel fundamental no fornecimento de informação e acompanhamento durante todo este processo.

Este artigo junta-se aos esforços académicos para promover a disseminação e pesquisa sobre os benefícios da implementação de abordagens adequadas no contexto do cuidado durante o processo de nascimento.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L., FELIX, E., SOUZA, F., GOMES, L., BOERY, R. **Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado**. Brasil. Revista de Enfermagem UFPE on line. Vol. 11(6), pág. 2576-2585. 2017.
- ANTUNES, J., PEREIRA, B., VIEIRA, A., LIMA, C. **Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento**. Brasil. Revista de Enfermagem da UFSM. Vol. 4 (3), pág. 536-545. 2014.
- CAIRES, T., VARGENS, O. **A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder**. Portugal. Revista de Enfermagem Referência. Vol. 3 (7), pág. 159-168. 2012.
- COSTA, R., BILO, H., SILVA, H., MARRAFA, S., PARALTA, V. **Contextos, Experiências e Significados em torno da Presença do Homem (Pai) no Parto: Realidades e desafios**. Portugal. Revista APEO-Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Vol. 17, pág. 15-21. 2016.
- CUNHA, M., FERREIRA, M., APARÍCIO, G., BICA, I. **Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais**. Portugal. Revista Servir. Vol. 59 (1), pág. 55-66. 2016. Doi: 10.5902/2179769212515
- FILHO, F., COSTA, M. **A arquitetura do ambiente de nascer: aspectos históricos**. Revista Dissertar. Brasil. Revista DISSERTAR. Vol. 1(5), pág. 12-15. 2003
- GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, R., BARÉS-LEAL, L., CAFFARENA-MORÁN, L., CASTRO-LÓPEZ, E., MARTÍNEZ-BERGADA, R., PÉREZ-SANEMETERIO, A. **Vivencias de la paternidad a través del rol de acompañante en el trabajo de parto: una comparación generacional**. Espanha. Matronas profesión. Vol. 19(3), pág. 78-85. 2018.
- Lei n.º 15/2014 do Diário da República. (2014) Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- PERDOMINI, F., BONILHA, A. **A participação do pai como acompanhante da mulher no parto**. Brasil. Texto & Contexto-Enfermagem, Vol. 20, pág. 445-452. 2011.
- ROTH, A. **Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales**. Uruguai. 2021.
- SILVA, L., CHRISTOFFEL, M., SOUZA, K. **História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança**. Brasil. Texto & Contexto-Enfermagem, Vol. 14, pág. 585-593. 2005.
- VENDRÚSCOLO, C., KRUEL, C. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto**. Brasil. Disciplinarum Scientia Ciências Humanas, Vol. 16 (1), pág. 95-107. 2015.

AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA CLÍNICA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de submissão: 13/06/2023

Data de aceite: 02/08/2023

Carolina Araújo

Hospital do Espírito Santo de Évora,
E.P.E.
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0009-0008-2354-6184>

Inês Serafim

Hospital Particular do Algarve
Faro - Portugal
<https://orcid.org/0009-0004-7910-6744>

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Serviço
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Barreiro - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8484-665X>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC), Universidade de Évora, Escola
Superior de Enfermagem São João de
Deus
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

RESUMO: Enquadramento: O ambiente da prática pode ser definido como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou restringem a prática profissional de enfermagem. Este ambiente

tem um impacto significativo na saúde ocupacional e bem-estar dos enfermeiros e na segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados. Objetivo: Analisar na evidência científica os ambientes favoráveis à prática clínica da enfermagem, nomeadamente a satisfação no contexto laboral e a qualidade dos cuidados de saúde. Metodologia: Realizada uma revisão narrativa da literatura. Os artigos foram encontrados nas bases de dados PubMed, Scielo, MEDLINE e CINAHL através do método de pesquisa booleano AND, com a aplicação dos descritores DeCS/MeSH. Resultados: Obteve-se 1440 artigos na PubMed, 56 artigos na Scielo, 11 artigos na MEDLINE e 29 artigos na CINAHL, tendo sido selecionados, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão, 6 artigos para análise. Conclusão: Da literatura analisada pôde aferir-se que o ambiente da prática de enfermagem envolve múltiplas dimensões e mantê-las favoráveis é importante para o trabalho dos profissionais de enfermagem, um ambiente de trabalho favorável está associado a resultados organizacionais desejáveis e experiências positivas para o trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE (DeCS): Ambiente de Trabalho; Cuidados de Enfermagem;

ENABLING ENVIRONMENTS FOR CLINICAL PRACTICE: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Background: The practice environment can be defined as a set of organizational characteristics that facilitate or restrict nursing professional practice. This environment has a significant impact on nurses' occupational health and well-being and on the safety and quality of the healthcare provided. Objective: To analyze the scientific evidence on the environments favorable to nursing clinical practice, namely job satisfaction and quality of care. Methodology: A narrative literature review was conducted. The articles were found in the PubMed, Scielo, MEDLINE and CINAHL databases using the Boolean AND search method, with the application of the DeCS/MeSH descriptors. Results: 1440 articles were obtained in PubMed, 56 articles in Scielo, 11 articles in MEDLINE and 29 articles in CINAHL, and 6 articles were selected, according to the inclusion/exclusion criteria, for analysis. Conclusion: From the literature analyzed it could be inferred that the nursing practice environment involves multiple dimensions and keeping them favorable is important for the work of nursing professionals, a favorable work environment is associated with desirable organizational outcomes and positive experiences for the worker.

KEYWORDS (DeCS): Working Conditions; Nursing Care; Quality of Health Care; Job Satisfaction; Nurse Midwives

1 | INTRODUÇÃO

A preocupação com os ambientes da prática de enfermagem já vem do tempo de Florence Nightingale, que reconheceu que as condições e as circunstâncias onde se desenvolve a prática de enfermagem são determinantes para os resultados dos cuidados de enfermagem (MOTA; CASTILHO; MARTINS, 2021). Desde os anos 80 que o ambiente da prática dos cuidados tem sido objetivo de análise e tem vindo a ser visto como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem, sendo que a promoção de ambientes favoráveis é fundamental para a otimização da qualidade dos cuidados (AMARAL; FERREIRA, 2013).

O ambiente da prática profissional do enfermeiro é composto por um conjunto de características organizacionais concretas e abstratas que facilitam ou restringem a prática e a atuação dos profissionais. Envolve aspetos relativos ao tamanho da instituição ou do serviço de saúde, ao conjunto de recursos de materiais, de pessoal, clima organizacional e de todos os outros elementos que afetam direta e/ou indiretamente os cuidados de enfermagem (FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018). Num ambiente hospitalar, o aprimoramento do ambiente de prática de enfermagem pode ser uma estratégia organizacional que contribui para a melhoria da assistência prestada ao paciente que se encontra exposto a muitos riscos. Atualmente os hospitais exigem um contínuo aperfeiçoamento dos processos

de gestão e qualificação dos profissionais, com uma constante busca por ambientes de trabalho favoráveis, com o objetivo de valorizar os profissionais de enfermagem, investindo no seu desenvolvimento e interesse em permanecer no emprego (MAGALHÃES; CUNHA; MOURA; URBANETTO *et al.*, 2020).

Os serviços prestados pelos enfermeiros representam cerca de 90% dos cuidados de saúde logo é de extrema importância a sua contribuição para a qualidade e efetividade dos cuidados (AMARAL; FERREIRA, 2013). Profissionais satisfeitos, em número adequado e que trabalham em ambientes com comunicação eficaz e clima de segurança satisfatórios são fatores de elevada importância para a qualidade da assistência de enfermagem e da segurança do paciente (MAZIERO; CRUZ; ALPENDRE; BRANDÃO *et al.*, 2019).

O ambiente de trabalho assume uma crescente complexidade com influência no enfermeiro, no paciente e na qualidade dos cuidados de enfermagem. Os sistemas de saúde a nível mundial são cada vez mais desafiados e deparam-se com uma gama crescente necessidades de saúde e restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços. No entanto, existem ambientes que fazem o oposto e que apoiam a excelência e têm o poder de atrair e reter os enfermeiros. Surge assim, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2007) as características dos ambientes favoráveis à prática, que são: enquadramentos políticos inovadores focados no recrutamento e retenção de enfermeiros, estratégias que permitam a continuidade de formação, compensações adequadas, programas de reconhecimento, equipamento e materiais suficientes e adequados e um ambiente de trabalho seguro.

Uma das possibilidades de avaliar o ambiente de trabalho das organizações hospitalares é a utilização de instrumentos focados na determinação dos atributos organizacionais do ambiente da prática profissional de enfermagem a nível hospitalar, com o objetivo sintetizar e mensurar a presença de determinadas características do ambiente de trabalho (YANARICO *et al.*, 2020). Dentro dos instrumentos disponíveis na literatura destaca-se o *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R), o qual foi desenvolvido no contexto americano e permite avaliar os ambientes de prática de enfermagem das organizações, de modo a serem tomadas decisões com o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros. Este avalia quatro dimensões, sendo elas: a autonomia, o controlo sobre o ambiente da prática profissional, a relação entre o médico e o enfermeiro e o suporte organizacional (AIKEN; PATRICIAN, 2000).

Apesar de existir um crescimento de estudos sobre esta temática, ainda existem lacunas sobre o assunto relativamente a como as características do ambiente da prática profissional podem afetar os resultados de qualidade do cuidado e a segurança do doente.

Posto isto, considerou-se relevante analisar a literatura existente sobre o tema com o objetivo de analisar na evidência científica os ambientes favoráveis à prática clínica da enfermagem, nomeadamente a satisfação no contexto laboral e a qualidade dos cuidados de saúde, sendo a questão norteadora “Será que o ambiente de trabalho afeta a satisfação

dos profissionais de saúde e a qualidade dos cuidados prestados por estes nas instituições de saúde?”

2 | METODOLOGIA

O presente artigo é uma revisão narrativa da literatura, tendo sido realizada uma pesquisa entre os anos de 2018 e 2023, nas plataformas PubMed, Scielo, MEDLINE e CINAHL. Foram utilizados os descritores DeCS/MeSH “Work Environment”, “Nursing Care”, “Quality of Care”, “Job Satisfaction” e “Nurse Midwives” e os operadores booleanos “AND”.

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados entre 2018 e 2023 de língua portuguesa, inglesa e espanhola com resumo e texto integral de acesso gratuito que abordam os ambientes favoráveis à prática clínica em enfermagem e como estes afetam a satisfação dos profissionais de saúde e a qualidade dos cuidados prestados por estes nas instituições de saúde. Os critérios de exclusão foram: artigos com título repetido, artigos que não se adequavam à questão orientadora e revisões da literatura.

Com base nestes critérios de inclusão e exclusão obteve-se como resultados da pesquisa, 1440 artigos na PubMed, 56 artigos na Scielo, 11 artigos na MEDLINE e 29 artigos na CINAHL, tendo sido apenas analisados 6 artigos. Este processo de seleção é esquematizado segundo o modelo PRISMA, representado na figura 1 (JBI, 2016; VILELAS, 2022).

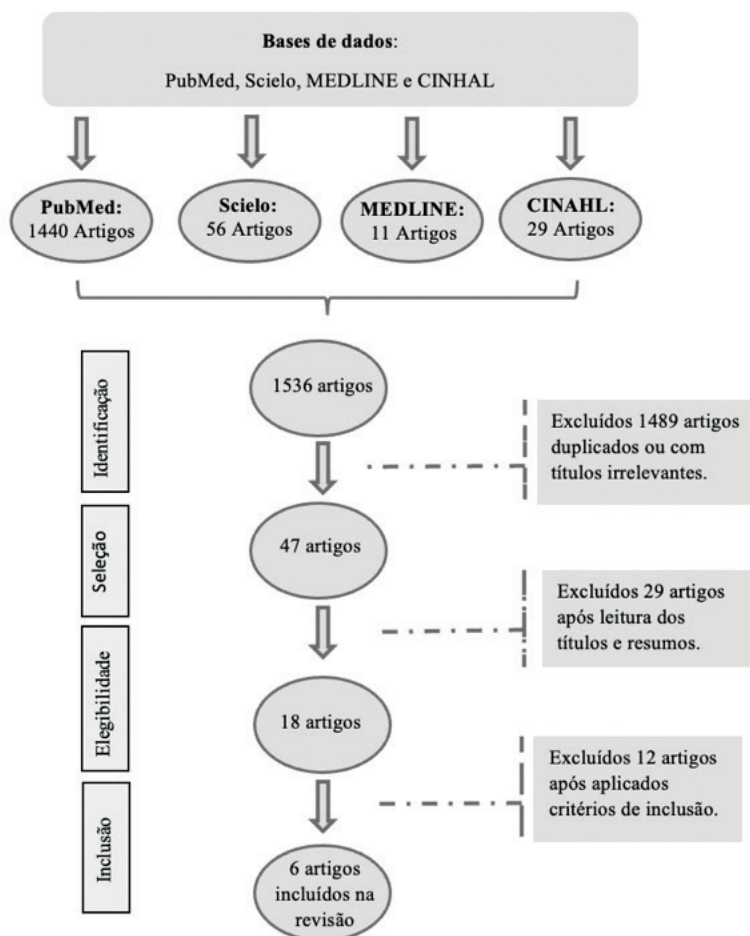


Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos

Fonte: autoras da revisão

Por fim foi tido em atenção os níveis de evidência de cada artigo segundo a classificação de Joanna Briggs Institute. Estes têm como objetivo guiar a pesquisa nas diferentes obras de evidência existentes abordando os critérios de elegibilidade, confiança e alto nível científico, possibilitando a categorização da evidência científica existente, diferenciando cada nível de forma a que os estudos sejam aprimorados no rigor e método científico necessário para obter resultados fidedignos sobre as diversas matérias estudadas, sendo assim possível o avanço da ciência e, concretamente, da medicina e da enfermagem (APÓSTOLO, 2017).

3 | RESULTADOS

Após a seleção dos artigos foi elaborada uma tabela (tabela 1) onde se encontra uma análise detalhada destes com o objetivo a dar resposta à questão de investigação desta revisão narrativa, onde se esmiúça o objetivo, a amostra, a abordagem/recolha de dados/ nível de evidência e os resultados/conclusões detalhados de cada artigo.

Título (autores, ano)	Objetivo	Amostra	Abordagem/ Recolha de dados/ Nível de Evidência	Resultados/ Conclusões
Artigo 1 The environment nursing team's professional practice in inpatient units of a university hospital (MAGALHÃES et al., 2020)	Analisar o ambiente da prática profissional da equipa de enfermagem em unidades de internamento comparando- o com as caraterísticas profissionais e os turnos de trabalho.	Fizeram parte da amostra estudada 142 profissionais de saúde, sendo 56 enfermeiros e 86 técnicos/ auxiliares de enfermagem.	Estudo transversal, descritivo e analítico. Recolha de dados: -Questionário com caraterização sociodemográfica e profissional. -Aplicação do instrumento Brazilian Nursing Work Index - Revised. Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).	No ambiente hospitalar, o ambiente de prática de enfermagem consiste num conjunto de caraterísticas organizacionais concretas e abstratas que facilitam ou restringem a prática profissional com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de qualidade. O presente estudo demonstra que a equipa de enfermagem reconhece o ambiente de prática de enfermagem como favorável segundo o instrumento de avaliação utilizado, que avalia a autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações entre médicos e enfermeiros e suporte organizacional. Houve diferenças significativas, no entanto, a categoria de enfermeiros e o turno da tarde obtiveram apreciações melhores. Profissionais com maior tempo de trabalho na instituição estão relacionados maiores níveis de autonomia. Relativamente à relação médico e equipa de enfermagem este é considerado um ponto fraco a ser avaliado.

<p>Artigo 2</p> <p>Perceptions of midwives on shortage and retention of staff at a public hospital in Tshwane District (MATLALA; LUMADI, 2019)</p>	<p>Explorar as percepções das enfermeiras parteiras relativamente à escassez e retenção de profissionais numa instituição pública.</p>	<p>A amostra inclui 11 enfermeiras que trabalham em serviços de maternidade com dois ou mais anos de experiência na área.</p>	<p>Estudo qualitativo exploratório e descritivo.</p> <p>Recolha de dados:</p> <p>-Entrevistas semiestruturadas individuais presenciais.</p> <p>Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>As enfermeiras parteiras contribuem para garantir que são prestados cuidados de saúde de qualidade em serviços de maternidade. Há evidências que a obstetrícia desempenha um papel fundamental e está associada a melhores cuidados de qualidade e reduções na mortalidade materna e neonatal.</p> <p>A escassez de enfermeiras parteiras no setor público influencia os resultados dos cuidados maternos de forma negativa, estas citam um número limitado esmagador de funcionários por turno como um ponto de referência. Para atenuar esta situação, os profissionais de saúde vêm-se obrigados a fazer horas extraordinárias o que, consequentemente, afeta a prestação de cuidados de saúde de qualidade.</p> <p>Um ambiente saudável no trabalho, onde os profissionais de saúde são reconhecidos e valorizados vai melhorar a qualidade de vida profissional. Contrariamente, o stress no trabalho tem um impacto negativo na saúde e no bem-estar das enfermeiras parteiras, bem como no cuidado das mulheres.</p>
<p>Artigo 3</p> <p>Classification and evaluation of the environment of the professional nursing practice in a teaching hospital (YANARICO et al., 2020)</p>	<p>Classificar e avaliar o ambiente da prática profissional dos enfermeiros que trabalham num hospital universitário.</p>	<p>A amostra inclui 188 enfermeiros.</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo e transversal.</p> <p>Recolha de dados:</p> <p>-Questionário semiestruturado.</p> <p>-Aplicação da escala Practice Environment Scale.</p> <p>Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>O trabalho exercido pelos profissionais de saúde é contínuo e permanente com o objetivo de garantir a prestação de cuidados aos pacientes. Para a enfermagem, o ambiente de trabalho engloba as características organizacionais que facilitam ou limitam a prática profissional. Quando estão presentes características facilitadoras, estas podem beneficiar as pessoas e a qualidade dos cuidados de enfermagem.</p> <p>Avaliar o ambiente da prática profissional dos enfermeiros é importante não apenas com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade ao paciente, mas também para promover um clima favorável para a equipa de saúde.</p> <p>Verifica-se neste estudo que o financiamento dos hospitais públicos pode contribuir para que características como serviços de apoio, programas de educação permanente, desenvolvimento na carreira sejam mais precárias quando comparadas às dos hospitais</p>

				privados. Existe uma inadequação dos serviços de apoio e do número de profissionais de enfermagem para prestar assistência de excelência que, pode estar relacionada com estas dificuldades financeiras enfrentadas pelas instituições ou à desvalorização do trabalho desses profissionais. Torna-se necessário dar autonomia aos enfermeiros acreditando no seu potencial para transformar as práticas de saúde.
Artigo 4 Association of Clinical Nursing Work Environment with Quality and Safety in Maternity Care in the United States (CLARK; LAKE, 2020)	Descrever a qualidade e a segurança da assistência à maternidade em hospitais de quatro estados.	A amostra incluiu 1165 enfermeiros que trabalhavam em 166 hospitais dos quatro estados em estudo.	Estudo transversal. Recolha de dados: -Estatísticas descritivas e regressões lineares agrupadas. Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).	O nascimento é o motivo mais comum de hospitalização nos Estados Unidos da América. Devido às taxas persistentemente altas de mobilidade e mortalidade materna, medir e melhorar a segurança e assistência à maternidade tornou-se uma questão de preocupação nacional. Os enfermeiros fornecem a maioria dos cuidados práticos para quase todas as mulheres que parem. Os enfermeiros relataram que a falta de pessoal afeta tanto a qualidade quanto quantidade dos seus cuidados. Neste estudo conclui-se que a má comunicação está por trás de dois terços da mortalidade materna evitável e que a segurança e a qualidade nos ambientes de maternidade são desiguais, inseguros e de baixa qualidade pelo que a melhoria nestas unidades é um foco de iniciativas de segurança. A capacidade de questionar as decisões daqueles que estão em posição de autoridade, a realização de simulações com a equipa multidisciplinar e um bom ambiente de trabalho clínico podem ser métodos utilizados para uma forte cultura de segurança e cuidados de alta qualidade.
Artigo 5 Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture,	Analisar o ambiente de trabalho e sua relação com a cultura de segurança clínica das mulheres e a intenção das	A amostra incluiu 218 enfermeiros parteiras a trabalhar atualmente no bloco de partos em 15 comunidades	Estudo transversal e correlacional. Recolha de dados: -Questionário online criado no Google Forms.	As parteiras são reconhecidas internacionalmente como uma pedra angular da saúde e bem-estar das mulheres e seus recém-nascidos, e a sua relevância na prestação de cuidados seguros e eficientes está a tornar-se cada vez mais reconhecida. Estas desempenham um papel crucial nos cuidados e na segurança materno-fetal, prevenindo uma grande percentagem de mortes decorrentes do parto e reduzindo os nascimentos prematuros.

and intent to stay (RODRÍGUEZ-GARCÍA et al., 2023)	arteiras de permanecer em seu emprego atuale na profissão de obstetrícia.	autônomas espanholas.	Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).	No entanto, o número de parteiras necessárias está em risco devido à crise global de recursos humanos disponíveis na saúde. Os resultados sugerem que a melhoria do ambiente de trabalho promove melhores resultados na segurança clínica da mulher da mesma forma que uma liderança de apoio aos funcionários é crucial para estabelecer com sucesso uma cultura de segurança nas organizações de saúde, o que proporciona uma maior permanência dos enfermeiros parteiros no seu local de trabalho impedindo a rotatividade. Por norma o turno da noite é descrito, como aquele que é apontado como o mais desfavorável à prática de enfermagem devido ao stress físico, alterações nos ritmos circadianos e redução da capacidade cognitiva. No geral as parteiras em estudo deram conta de um ambiente com boas relações interprofissionais e pessoais bem como recursos adequados demonstrando um ambiente favorável à prática de enfermagem.
Artigo 6 Nursing Work Environment in the Maternal-Child Nursing Department at a University Hospital (SANTOS et al., 2018)	Analisar o ambiente de trabalho do enfermeiro na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário.	A amostra incluiu 32 enfermeiros na Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente de um Hospital Universitário de Florianópolis, Santa Catarina.	Estudo quantitativo do tipo descritivo-exploratório. Recolha de dados: -Questionário de caracterização sociodemográfica. -Aplicação do instrumento Brazilian Nursing Work Index – Revised. -Entrevistas semiestruturadas. Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).	O ambiente de trabalho do enfermeiro corresponde às condições físicas e organizacionais para o desempenho adequado da prática profissional de enfermagem. Estas características do ambiente de trabalho podem facilitar ou restringir a prática de enfermagem. Desta forma, ambientes de trabalho com características positivas estão diretamente relacionados à satisfação profissional dos enfermeiros. Além disso, o ambiente de trabalho é um dos principais aspetos que influenciam a qualidade do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar. A prestação de cuidados materno-infantil é uma das questões apontadas pela OMS como parâmetro para a melhoria da qualidade de vida e alcance de melhores condições de saúde da população. É por isso, importante conhecer a visão do enfermeiro sobre as características do ambiente de trabalho em unidades de cuidados materno-infantil, de forma a discutir aspetos que possam contribuir para maior satisfação profissional e melhoria da
				qualidade assistencial. Neste estudo destacou-se o empenho dos enfermeiros em conquistar autonomia, controle sobre o ambiente e boa relação com a equipa multidisciplinar. Como dificuldade e ponto desfavorável destacaram-se a infraestrutura organizacional e a articulação entre serviços.

Tabela 1 – Dados extraídos dos artigos selecionados

4 | DISCUSSÃO

Após a análise dos seis artigos selecionados para a revisão, conseguimos compreender melhor a influência de alguns fatores relacionados com o ambiente de trabalho, a satisfação dos profissionais, bem como a qualidade dos cuidados prestados. Tendo em conta que a nossa área de interesse é a área da saúde materna e obstetrícia, a maior parte dos artigos analisados vão de encontro aos ambientes favoráveis à prática clínica nas maternidades e ao trabalho das parteiras, apesar de posteriormente serem remetidos para uma vertente mais geral, daquilo que é a área de interesse.

Um fator que contribui para a insatisfação dos enfermeiros em geral, apontado em praticamente todos os artigos analisados é a falta de pessoal nos serviços, sendo que a saúde materna é uma área que carece de especialistas. A escassez de parteiras é influenciada por muitos fatores que envolvem a própria profissão, sendo, essa escassez crónica um fator atrativo para as parteiras que realizam horas extras, o que tem efeito direto na qualidade da assistência à maternidade (MATLALA; LUDAMI, 2019). Estima-se que haja uma escassez 7,6 milhões de enfermeiras parteiras em 2030 (RODRÍGUEZ-GARCÍA et al., 2023). As parteiras, expressaram ainda, as frustrações de trabalhar em condições de equipa limitada num turno, tendo impacto negativo na sua carga de trabalho (MATLALA; LUDAMI, 2019). O turno da noite, por sua vez, é descrito como o que mais influencia negativamente a capacidade de trabalho dos profissionais de saúde devido ao stress físico, alterações nos ritmos circadianos e redução da capacidade cognitiva. Além disso um dimensionamento adequado de pessoal e a adequação de recursos ajudam a reduzir a intenção das enfermeiras de deixar o seu local de trabalho, o que poderia explicar a alta probabilidade das enfermeiras parteiras permanecerem no seu local de trabalho e na sua profissão (RODRÍGUEZ-GARCÍA et al., 2023). Tal carência de enfermeiros interfere na qualidade dos cuidados prestados. A iniciativa de qualidade e segurança num mau ambiente de trabalho são menos eficazes (CLARK; LAKE, 2020). Recomenda-se uma melhoria relacionada com a adequação de recursos para prestar assistência de cuidados com qualidade (YANARICO et al., 2020). Deve também ter-se em consideração o ambiente relacionado com a infraestrutura organizacional (SANTOS et al., 2018) para um ambiente favorável à prática clínica.

Por sua vez um ponto positivo tirado desta análise é o bom ambiente vivido, no geral, entre a equipa multidisciplinar bem como a autonomia dos enfermeiros para pôr em prática os seus conhecimentos. Os enfermeiros têm autonomia, controle sobre o ambiente, boas relações com os médicos e suporte organizacional (SANTOS et al., 2018).

Os cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica têm muita carência, principalmente, de enfermeiros especialistas na área. O ponto positivo comum a praticamente todos os artigos analisados que contribuem para ambientes favoráveis à prática clínica é o bom ambiente vivido pelas equipas multidisciplinares. Por seu lado o ponto que contribui

negativamente e que teve mais destaque foi sem dúvida a falta de recursos e muitas vezes também a organização dos serviços bem como as estruturas onde estão inseridos.

Posto isto os gestores devem ter em atenção as dimensões avaliadas negativamente e agir no sentido da otimização do ambiente para assegurar a qualidade dos cuidados, o que terá certamente repercussões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados de enfermagem (AMARAL; FERREIRA, 2013)

Assim, os achados da investigação podem contribuir para a melhoria do ambiente da prática profissional, fornecendo elementos para as lideranças de enfermagem na busca contínua de ambientes de trabalho saudáveis e que produzam alta qualidade e confiabilidade para os pacientes hospitalizados (MAGALHÃES et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ambientes de trabalho onde os profissionais de saúde estão inseridos interferem diretamente com a satisfação e com a qualidade dos cuidados prestados por estes, como podemos comprovar pelos resultados da análise dos artigos. Assim, ambientes favoráveis à prática de enfermagem são, facilitadores de maior satisfação e menor margem para que os profissionais possam cometer erros que afetem a qualidade dos cuidados prestados.

Esta pesquisa mostra-nos que existe uma falta de interesse e carência de estudos relativamente a esta temática, principalmente na área da Saúde Materna e Obstétrica. Os ambientes favoráveis à prática de enfermagem são de extrema importância e no geral são remetidos para segundo plano, o que tem influência negativa na prestação de cuidados. Podemos também constatar que existe uma nítida insatisfação por parte dos profissionais de saúde no decorrer da sua atividade. A presente revisão da literatura da área em foco, evidência as fragilidades que existem nos serviços e na gestão dos ambientes favoráveis à prática de enfermagem, onde devemos intervir com maior celeridade de forma a criar melhores ambientes, garantir profissionais de saúde mais satisfeitos e menos erros otimizando, deste modo, uma melhoria na prestação de cuidados.

Como fatores limitadores da pesquisa, destacou-se, o facto de haver poucos estudos direcionados para área da saúde materna e obstetrícia e, quando encontrados, após leitura atenta remetem para um contexto mais geral, abordando as mesmas temáticas, como a falta de pessoal, a rotatividade das equipas, as infraestruturas organizacionais e as relações interpessoais e profissionais entre as equipas.

Numa perspetiva futura a investigação poderia estudar esta temática direcionada especificamente para a área da saúde materna e obstétrica, uma área pouco estudada nesta vertente.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L.; PATRICIAN, A. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. **Nursing Research**, v. 49 (3), p. 146–153. 2000.

AMARAL, A.; FERREIRA, P. Influência do Ambiente da Prática nos Resultados dos Cuidados de Enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**. p. 66-74. 2013.

APÓSTOLO, J. **Síntese da evidência no contexto da translação da ciência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2017.

BRIGGS, J. JBI Levels of Evidence. Joanna Briggs Institute. p.1-5. 2013 https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

CLARK, R.; LAKE, E. Association of clinical nursing work environment with quality and safety in maternity care in the United States. **MCN. The American journal of maternal child nursing**, v. 45(5), p. 265. 2020.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade**. Suíça. 2007.

FILHO, F.; RODRIGUES, M.; CIMIOTTI, J. Nursing Practice Environment In Intensive Care Units. **Acta Paul Enfermagem**. v. 31 (2), p. 217-223. 2018.

JBI, J. B. I. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition. **The Joanna Briggs Institute**. ed. Australia, 2016.

MAGALHÃES, A.; CUNHA, D.; MOURA, G.; URBANETTO, J. *et al.* The environment of the nursing team's professional practice in inpatient units of a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. p. 41, 2020.

MATLALA, M.; LUMADI, T. Perceptions of midwives on shortage and retention of staff at a public hospital in Tshwane District. **Curationis**, 42(1). 2019.

MAZIERO, E.; CRUZ, E.; ALPENDRE, F.; BRANDÃO, M. *et al.* Association between nursing work conditions and adverse events in neonatal and pediatric Intensive Care Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 54 2019.

MOTA, A.; CASTILHO, A.; MARTINS, M. Practice Environment And Patient Safety In The Operating Room: Predictive Dimensions. **Cogit. Enferm.** 26. 2021.

RODRÍGUEZ-GARCÍA, M.; MARTOS-LÓPEZ, I.; CASAS-LÓPEZ, G.; MÁRQUEZ-HERNÁNDEZ, V. *et al.* Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture, and intent to stay. **Women and Birth**, 36(1), e10–e16. 2023.

SANTOS, J.; COPELLI, F.; OLIVEIRA, R.; MAGALHÃES, A. *et al.* Ambiente de trabalho do enfermeiro na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 8. 2018.

VILELAS, J. **Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento**. Lisboa: 2022.

YANARICO, D.; BALSANELLI, A.; GASPARINO, R.; BOHOMOL, E. Classification and evaluation of the environment of the professional nursing practice in a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 28. 2020.

DOTAÇÕES SEGURAS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: UNIDADES DE INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO

Data de submissão: 13/06/2023

Data de aceite: 02/08/2023

Cátia Ferreira

Centro Hospitalar Universitário Lisboa
Central – Maternidade Dr. Alfredo da
Costa, Internamento de Puerpério
Lisboa - Portugal
<https://orcid.org/0009-0006-4986-9673>

Débora Fernandes

Centro Hospitalar Universitário Lisboa
Central – Maternidade Dr. Alfredo da
Costa, Internamento de Ginecologia
Lisboa - Portugal
<https://orcid.org/0009-0006-4948-102X>

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Serviço
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Barreiro - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8484-665X>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC), Universidade de Évora, Escola
Superior de Enfermagem São João de
Deus
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

saúde quer da mulher quer do recém-nascido, contribuindo para a antecipação de potenciais complicações e prevenção das mesmas. Objetivos: averiguar a relação entre as dotações seguras de EEESMO e a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem nas unidades de internamento de puerpério em Portugal. Metodologia: Foi elaborada uma revisão narrativa de literatura com análise de 6 artigos, segundo critérios de inclusão definidos previamente. Resultados: Através de uma análise do Regulamento dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, juntamente com os eixos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 e do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, é apresentada uma relação direta entre a importância da criação de ambientes seguros e de práticas de enfermagem com qualidade, em dotações adequadas, de modo a promover a intervenção dos EEESMO e validar o seu papel fulcral na aquisição de ganhos em saúde. Conclusão: É necessária a presença e adequação das dotações dos EEESMO nos serviços de internamento de puerpério, e tal pode contribuir para a redução de custos de internamento, menor probabilidade de comorbilidade materno-infantil, consequentemente maior satisfação

RESUMO: Enquadramento: A intervenção do EEESMO no período pós-parto encontra-se associada à promoção da

do cliente e cuidados de saúde de melhor qualidade

PALAVRAS-CHAVE (DeCS): Enfermeiras Obstétricas; Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde; Período Pós-Parto; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde

SAFE ENDOWMENTS AND THE INTERVENTION OF THE MATERNAL AND OBSTETRIC HEALTH NURSE SPECIALIST: PUERPERIUM INPATIENT UNITS

ABSTRACT: Background: The EEESMO intervention in the postpartum period is associated with the promotion of both women's and newborns' health, contributing to the anticipation and prevention of potential complications. Objectives: To investigate the relationship between the safe appropriations of EEESMO and the quality and safety of nursing care in puerperium inpatient units in Portugal. Methodology: A narrative literature review was conducted with an analysis of 6 articles, according to previously defined inclusion criteria.

Results: Through an analysis of the Regulation of Quality Standards of the Order of Nurses, together with the strategic axes of the National Plan for Patient Safety 2021-2026 and the National Health Plan 2021-2030, a direct relationship is presented between the importance of creating safe environments and nursing practices with quality, inadequate appropriations, to promote the intervention of EEESMOs and validate their pivotal role in the acquisition of health gains. Conclusion: The presence and adequacy of EEESMOs in puerperium inpatient services is necessary, and this may contribute to reduced inpatient costs, lower likelihood of maternal and child comorbidity, consequently higher client satisfaction and better-quality care

KEYWORDS (DeCS): Nurse Midwives; Health Care Rationing; Postpartum Period; Patient Safety; Health Care Quality

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) representa um grande desafio. A exigência inerente ao conjunto de competências associadas a este grau de especialização, nomeadamente e, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, a competência específica “*Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto e parto*”. A intervenção do EEESMO no período pós-parto encontra-se associada à promoção da saúde quer da mulher quer do recém-nascido, contribuindo para a antecipação de potenciais complicações e prevenção das mesmas.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, no domínio do Colégio da Especialidade, a missão do EEESMO consiste em “(...) *garantir a acessibilidade; contribuir para a satisfação dos clientes; produzir ganhos em saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, nomeadamente promover autonomia nas decisões, contribuir para o potencial máximo de saúde dos clientes, capacitar para o autocuidado e autovigilância, promover a vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados, por exemplo, com a sexualidade, a gravidez, o trabalho e parto, a menopausa, entre outros*” (OE, 2011, p.2). Assim, no puerpério, o EEESMO assume uma relação privilegiada com a

mulher/casal, contribuindo ativamente para a sua transição para a parentalidade, através da prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Relativamente ao conceito de qualidade em saúde importa salientar que o mesmo resulta da relação entre a prática clínica e a atualização do conhecimento, sendo este avaliado de acordo com dimensões relativas aos recursos utilizados - humanos e materiais -, com as qualificações dos profissionais de saúde e com as características das próprias instituições nas quais decorre a prestação de cuidados (DONABEDIAN, 2003).

De acordo com o contexto português, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que se encontra aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, define um conjunto de ações que asseguram a manutenção da qualidade dos cuidados de saúde, associada aos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2011), de forma a garantir a satisfação dos clientes; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem.

Contudo, esta definição de padrões de qualidade promove a reflexão por parte dos enfermeiros acerca da sua segurança e da segurança que transmitem na prestação de cuidados. Ao nível dos planos nacionais, relacionado com esta temática, existe o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que se destina a apoiar as equipas e os gestores na criação de metas que visem a melhoria da segurança dos doentes e a criação de ambientes igualmente seguros para a prática dos cuidados de enfermagem

Este plano, de forma a melhorar a prestação de cuidados e garantir a segurança, recorre a objetivos estratégicos sendo estes: Cultura de segurança, Liderança e governação, Comunicação, Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e Práticas seguras em ambientes seguros. No que se refere a este último, é de referir a importância do contexto e das condições em que decorrem os cuidados de saúde, assim como a importância de dotações adequadas dos profissionais e a sua relação direta com a qualidade e a segurança em saúde (DGS, 2021).

Por fim, tendo em consideração a intervenção do EEESMO e os princípios deontológicos pelos quais orienta a sua intervenção e tomada de decisão, o plano Nacional de Saúde 2021-2030 apresenta um conjunto de dados e de estratégias que apoiem os profissionais de saúde. Neste caso, um dos primeiros objetivos diz respeito à redução da morbilidade e mortalidade materna, sendo este consonante com os eixos estratégicos da OCDE, visto que “o número anual de óbitos maternos registado variou entre 4 e 6 (a taxa de mortalidade materna variou entre 4,4 e 7,3 por 100.000 nados-vivos), entre 2017 e 2019 assumiu valores mais elevados, da ordem dos 15 óbitos em 2018” (DGS, 2021, p.44). Por outro lado, a análise da presença de patologias e incapacidade tem demonstrado que a mulher em idade fértil apresenta maior prevalência de doença crónica ou incapacitante, nomeadamente hipertensão arterial ou diabetes, e também perturbações da saúde mental (depressão e ansiedade), tornando fulcral a presença do EEESMO ao longo da vida da

mulher e, nomeadamente, no período pós-parto, no qual poderá ocorrer uma intensificação de todos estes fatores, associados a determinantes de saúde - ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, o que demonstra a evidência de uma relação direta entre a prestação de cuidados com qualidade, a importância da criação de ambientes seguros com dotações adequadas, com recurso à especialização dos enfermeiros.

Assim, com esta revisão pretendemos averiguar a relação entre as dotações seguras de EEESMO e a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem nas unidades de internamento de puerpério em Portugal.

2 | METODOLOGIA

Esta revisão narrativa de literatura será feita com vista a averiguar a importância do cumprimento do conceito de dotações seguras, de modo a assegurar a segurança dos cuidados de enfermagem, bem como a sua qualidade.

Foi elaborada a questão de pesquisa, a qual é: Será que as dotações seguras de EEESMO refletem a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem nas unidades de internamento de puerpério em Portugal?

Assim, foi delineada uma estratégia de pesquisa em bases de dados científicas pertencentes ao motor de busca *EBSCOhost*, através do acesso disponibilizado pela Universidade de Évora.

Relativamente à definição dos critérios de pesquisa, como critérios de inclusão foram considerados os estudos compreendidos entre janeiro de 2018 e abril de 2023, disponíveis em texto integral e de acesso gratuito, que considerassem a intervenção dos enfermeiros EEESMO em internamento de puerpério e a sua importância para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde. Os descritores utilizados e confirmados de acordo com os “*Descritores em Ciências da Saúde*” foram “*Nurse Midwives*”, “*Health Care Rationing*”, “*Postpartum Period*”, “*Patient Safety*” e “*Health Care Quality*”. Estes foram conectados com recurso ao operador booleano *AND*, tendo a pesquisa sido realizada por duas autoras de forma independente, resultando em 62 resultados, tendo sido excluído 1 artigo que se encontrava duplicado e, posteriormente, 42 artigos após análise de títulos. De seguida, após leitura dos resumos, foram considerados 6 artigos para leitura de texto integral, dos quais 1 foi rejeitado, tendo sido incluídos 5 artigos nesta revisão de literatura (Figura 1).

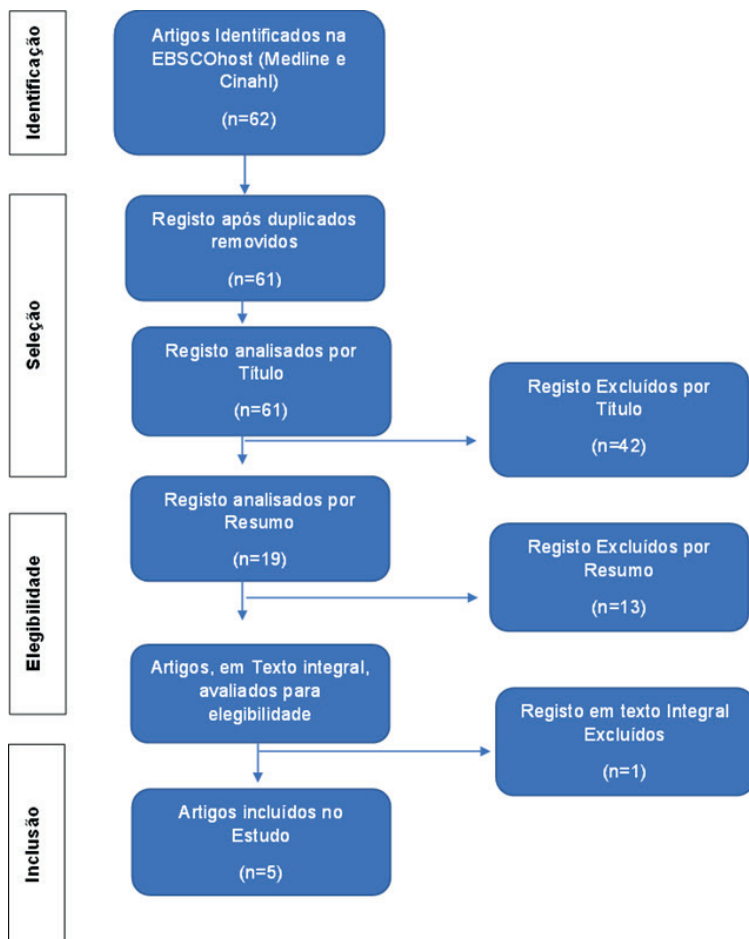


Figura 1 - Processo de seleção dos artigos através do modelo PRISMA Flow Diagrama (2021)

Fonte: Autoras da revisão

3 | RESULTADOS

Após o processo de seleção dos artigos encontrados na pesquisa e tendo em consideração o objetivo a que nos propusemos elaborámos a Tabela 1 apresentamos a análise dos artigos incluídos na revisão, este processo foi realizado por dois dos autores, sendo que os desacordos existentes foram discutidos por todos os autores do artigo.

Título (autores, ano)	Amostra e Objetivo	Abordagem/ Recolha de dados/ Nível de Evidência	Resultados/ Conclusões
Postpartum complications in women attended by midwives instead of obstetricians. Pérez-Martínez, E., Sebastián-Viana, T., Velasco-Vázquez, D., & Del Gallego-Lastra, R. (2019)	Objetivo: Avaliar as mudanças na frequência de idas aos serviços de urgência do hospital devido a complicações puerperais em puérperas de baixo risco atendidas por parteiras em vez de obstetras. Amostra: Puérperas de baixo risco atendidas na maternidade do Hospital Universitario Fuenlabrada entre 2013 e 2015	Estudo retrospectivo quase experimental com alocação não aleatória, composto por dois grupos: um grupo controle de mulheres atendidas por obstetras e um grupo intervenção de mulheres atendidas por parteiras. Nível de evidência 2d (JBI Levels of Evidence).	O atendimento das parteiras às puérperas de baixo risco não levou ao aumento de complicações puerperais com necessidade de atendimento em serviço de urgência. Além disso, o atendimento por parteiras foi mais eficaz do que o atendimento realizado por obstetras, com menores taxas de recorrência aos serviços de urgência. A sua qualificação e capacidade para ministrar educação para a saúde foram fatores determinantes.
Effectiveness of Urinary Care Practices in Emergency Postpartum Period Evciil, F., & Demirel, G. (2018)	Objetivo: Determinar a eficácia das práticas de cuidados urinários durante o período de pós-parto Amostra: 191 mulheres no período de pós-parto, no período de 20 de fevereiro a 31 de Março de 2017	Estudo não experimental. Aplicação de um questionário, nas primeiras 24h após o parto. Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).	Enfermeiros e parteiras têm um papel fundamental no cumprimento dos requisitos de cuidados urinários de mulheres no período pós-parto
Lack of care? Women's experiences of maternity bladder management	Objetivo: Explorar as experiências de cuidados com a bexiga das mulheres durante	Estudo não experimental. Questionário semiestruturado.	Os cuidados com a bexiga foram muito limitados para as mulheres durante o período anteparto, intraparto e pós-parto, embora os relatos de incontinência urinária sejam

Gutiérrez, V. B., Fader, M., Monga, A., & Kitson-Reynolds, E. (2019)	os períodos anteparto, intraparto e pós-parto. Amostra: 9 mulheres, durante o período pré, intra e pós-parto	Nível de evidência 4 (JBI Levels of Evidence).	frequentes. Existe pouco investimento nos cuidados com a bexiga. Os profissionais de saúde devem tornar-se mais proativos no fornecimento de informações e na promoção da saúde da bexiga durante estes períodos.
Identifying and prioritising midwifery care process metrics and indicators: a Delphi survey and stakeholder consensus process Devane, D., Barrett, N., Gallen, A., O'Reilly, M. F., Nadin, M., Conway, G., . . . Smith, V. (2019).	Objetivo: relatar o desenvolvimento e priorização de um conjunto nacional de Métricas de Qualidade de Cuidados, e seus indicadores associados, para processos de cuidados obstétricos na Irlanda. Amostra: Enfermeiras Parteira e/ou enfermeiras que trabalhem em serviços de obstetrícia	Pesquisa Delphi e processo de consenso Nível de evidência 5b (JBI Levels of Evidence).	Após a reunião de consenso, 18 métricas e 93 indicadores foram priorizados para inclusão no conjunto de Métricas de Qualidade de Cuidados. Estas métricas abrangem os períodos de gravidez, parto e pós-parto. O desenvolvimento deste conjunto de métricas e indicadores de processo para cuidados obstétricos oferece uma oportunidade para medir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados na Irlanda e podem ser adaptados para nível internacional
Parents' experiences of diagnosis and care following the birth of a child with cleft lip and/or palate Costa, B., Williams, J. R., Martindale, A., & Stock, N. M. (2019)	Objetivo: Investigar as experiências de pais de crianças nascidas com Fissura labial e/ou fenda palatina em relação ao diagnóstico pós-natal e cuidados neonatais. Amostra: 470 pais com filhos com diagnóstico de Fissura labial e/ou fenda palatina, no pós-natal, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017	Aplicação de um questionário através de uma plataforma de pesquisa online patrocinada pela Cleft Lip and Palate Association (CLAPA). Nível de evidência 4c (JBI Levels of Evidence).	A maioria das participantes recebeu o diagnóstico por uma parteira. No entanto, os participantes também perceberam falta de sensibilidade, conhecimento e empatia da equipa hospitalar. Outras questões foram levantadas em relação às implicações de um diagnóstico tardio, incluindo dificuldades de alimentação do recém-nascido. Conclui-se a necessidade de conhecimento especializado são recomendados para enfrentar os desafios associados ao diagnóstico pós-natal e cuidados neonatais de crianças com Fissura labial e/ou fenda palatina.

Tabela 1 – Síntese dos dados

4 | DISCUSSÃO

Quando se fala em dotação adequada de enfermeiros o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019), relata que é necessário ter em consideração vários aspetos fundamentais, para o cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de Enfermagem. É descrito que a dotação adequada de enfermeiros deve ter consideração, o nível de qualificação e competências profissionais bem com a arquitetura da instituição, de modo a responder de forma eficiente às necessidades da população.

No artigo elaborado por Devane et al., (2019) é referenciada a importância de avaliar os processos assistenciais, e classificar a qualidade de cuidados prestados, dando ênfase que este é um processo complexo. Por esta razão, os autores elucidam a importância das organizações obterem um conjunto de medidas orientadoras, que medem a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, desde período pré-natal até ao período de pós-parto. Neste artigo realizado na Irlanda, que teve várias fases, os autores em conjunto com enfermeiras parteiras de diversas instituições, chegaram a um consenso sobre um conjunto de medidas e indicadores, para a avaliação dos cuidados prestados no período do pré-natal, parto e pós-parto. No pós-parto dão destaque ao ensino e capacitação da mãe, avaliação do bem-estar puerperal e do recém-nascido, e preparação para alta e o registo da Enfermeira Parteira que deu a alta. Os autores sugerem a reavaliação destas medidas e indicadores e a possibilidade de ser adaptada a nível internacional.

Ao espelhar para a realidade em Portugal, as unidades de puerpério são essencialmente constituídas por enfermeiros generalistas. Esta realidade é também semelhante à vivida em Espanha, o estudo de Pérez-Martínez et al., (2019) descreve a necessidade de mudança de paradigma, e serem as enfermeiras especialistas em saúde materna assumir a vigilância no pós-parto, quando o risco é considerado baixo.

Segundo Pérez-Martínez et al., (2019), existem diversos benefícios associados à intervenção por parte de enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, particularmente, no aumento na taxa de sucesso na amamentação, diminuição das complicações associadas à episiotomia e lacerações, melhoria na vinculação da díade/tríade, bem como diminuição da recorrência aos serviços de urgência, no pós-alta hospitalar. Os autores conduziram um estudo entre 2013 e 2015, onde compararam um grupo de mulheres atendidas por obstetras e um grupo de mulheres atendidas por parteiras, concluindo que o acompanhamento realizado por parteiras foi mais eficaz do que o realizado por médicos obstetras, com menores taxas de ida ao serviço de urgência.

Uma das características apontadas para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados, é a formação especializada que os enfermeiros especialistas quando comparada com enfermeiros generalista. Gutiérrez et al., (2019) reforça essa premissa ao referir que durante toda a gestação as equipas multidisciplinares negligenciam, as alterações

urinárias e alterações do pavimento pélvico, embora ocorram frequentemente relatados de incontinência urinária. Concluem que existe a necessidade de gerar uma atitude mais proativa por parte das equipas, para equipar as mulheres com a informação necessária para prevenir e reconhecer sinais de alterações do sistema génito-urinário.

Segundo Evcili & Demirel (2018) também abordam esta temática, dando evidenciando a necessidade do envolvimento da equipa multidisciplinar para a prevenção e tratamentos destas disfunções, destacando o papel das Enfermeiras especialistas em Saúde Materna na posição para a prevenção, pois cuidados holísticos especializados podem permitir uma avaliação completa das mulheres e diagnóstico precoce e solução de possíveis problemas.

O destaque da importância do enfermeiro especialista, vai além dos cuidados prestados à grávida/puérpera, Costa et al. (2019), voltam a destacar o papel da enfermeira especialista em saúde materna, no pós-parto. Após o nascimento, em que podem existir situações de malformações e/ou de alteração do bem-estar do recém-nascido, em que muitas vezes é detetado em primeira instância pelos Enfermeiros, nas unidades de internamento de puerpério, as autoras dão destaque a necessidade de formação das equipas, e que um enfermeiro especialista poderá estar mais desperto para estas situações. Neste estudo é destacado que a falta de conhecimento de profissionais de saúde não especialistas foi associada a sofrimento psicológico dos pais, dificuldades de alimentação e atraso na deteção de fenda palatina.

Em suma foi possível constatar a importância da formação e da qualificação especializada quando abordamos a temática de cuidados de qualidade e diferenciados. É notória a relação entre conhecimento especializado e aumento da qualidade dos cuidados prestados e, ainda, sabendo que, atualmente em Portugal, as dotações preconizadas nos serviços de internamento em puerpério são de *“1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 3 (três) clientes em puerpério patológico, e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 6 (seis) clientes em puerpério normal”* OE (2019), confirma-se que a presença de enfermeiros especialistas em saúde materna nas unidades de internamento de puerpério uma peça fundamental para a qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

Em 2022 a Ordem dos Enfermeiros, divulgou dados sobre o estado atual da enfermagem, sendo possível verificar que dos 81 799 enfermeiros inscritos na ordem, apenas 3 233 possuem a especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo que apenas 2 120 trabalham em meio hospitalar. Sabendo a necessidade da presença dos EEESMO nas salas de parto, a sua presença nos internamentos de puerpério também deveria ser uma prioridade. Evidência científica atual comprova ganhos em saúde quando os cuidados são prestados por EEESMO, nomeadamente redução do tempo de

internamento e menos recorrência a serviços de urgência e diminuição de número de reinternamentos.

No último ano ocorreu por diversas vezes o fecho de urgências obstétricas por falta de recursos humanos, que consequentemente levaram ao prolongamento de internamentos desnecessários, de puérperas, nos serviços de puerpério. A possível necessidade de adequar os rácios de enfermeiros especialistas nas unidades de internamento de puerpério, e serem os mesmos assumir a vigilância do pós-parto de baixo risco, à semelhança do que já aconteceu em outros países da Europa, e revendo o conceito de “puerpério patológico” e “puerpério normal”, no sentido de considerar que em qualquer momento, qualquer mulher pode precisar de mais tempo e, se for calculado o tempo, devem ter-se em consideração múltiplos e diversos fatores, permanentemente condicionados pela gestão organizacional das instituições de saúde dos dias de hoje, nomeadamente na orientação do processo de alta e de ensinos de promoção de educação para a saúde e na transição para a parentalidade.

Contudo, para que tal aconteça é necessária a presença e adequação das dotações dos EEESMO nestes serviços, e tal pode contribuir para a redução de custos de internamento, menor probabilidade de comorbilidade materno-infantil, consequentemente maior satisfação do cliente e cuidados de saúde de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

Costa, B., Williams, J. R., Martindale, A., & Stock, N. M. (2019). Parents' experiences of diagnosis and care following the birth of a child with cleft lip and/or palate. **British Journal of Midwifery**, 27(3), 151-160. <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.3.151>

Despacho n.º 14223/2009. **Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde**. Diário da República, II série, N.º 120. (24 de Junho de 2009) 13550-13553

Devane, D., Barrett, N., Gallen, A., O'Reilly, M. F., Nadin, M., Conway, G., . . . Smith, V. (2019). Identifying and prioritising midwifery care process metrics and indicators: a Delphi survey and stakeholder consensus process. **BMC Pregnancy Childbirth**, 19(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2346-z>

Direção Geral de Saúde (2021). **Plano Nacional Saúde 2021-2030**. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>. (Acedido em: 29/03/2023)

DONABEDIAN, Avedis – **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-515809-1--

Evcili, F., & Demirel, G. (2018). Effectiveness of Urinary Care Practices in Emergency Postpartum Period. **International Journal of Caring Sciences**, 11(2), 1214-1222.

Gutiérrez, V. B., Fader, M., Monga, A., & Kitson-Reynolds, E. (2019). Lack of care? Women's experiences of maternity bladder management. **British Journal of Midwifery**, 27(1), 15-25. <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.1.15>

Ordem dos Enfermeiros (2012). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. (Acedido em: 09/04/2023). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem**. 2019, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2011, Lisboa

Ordem Enfermeiros. (04 de 2023). Ordem dos Enfermeiros - **Estatística de Enfermeiros**. Obtido de 2022 Anuário Estatísticos Especialistas: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Pérez-Martínez, E., Sebastián-Viana, T., Velasco-Vázquez, D., & Del Gallego-Lastra, R. (2019). Postpartum complications in women attended by midwives instead of obstetricians. **Midwifery**, 75, 80-88. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.009>

SEGURANÇA DO DOENTE: PARTO SEGURO

Data de submissão: 13/06/2023

Data de aceite: 02/08/2023

Fátima Cristiana da Costa Teixeira

Centro Hospitalar e Universitário do
Algarve
Faro - Portugal
<https://orcid.org/0009-0003-9478-5442>

Maria Fernandes Pinto Bessa

Centro Hospitalar e Universitário do
Algarve
Faro - Portugal
<https://orcid.org/0009-0008-1418-8004>

Ana Cristina Canhoto Ferrão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Serviço
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Barreiro - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-8484-665X>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC), Universidade de Évora, Escola
Superior de Enfermagem São João de
Deus
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

RESUMO: Enquadramento: A nível mundial, a maioria das comorbilidades maternas e neonatais, incluindo hemorragia, infeção, pré-eclâmpsia e asfixia, ocorrem durante o trabalho de parto e nas primeiras 24 horas

após o parto. A maioria destas complicações pode ser evitada. A lista de verificação ou *checklist* do parto seguro criada pela OMS, foi formulada como uma ferramenta de fácil aplicação, para a segurança do doente, de modo a diminuir a ocorrência de erros e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados disponibilizados às grávidas e recém-nascidos durante o trabalho de parto, nascimento, puerpério e alta hospitalar. Objetivo: Identificar as evidências científicas sobre a implementação da *checklist* do Parto Seguro pelos profissionais de saúde. Metodologia: Realizada uma revisão sistemática da literatura para responder a questão de investigação: “Quais os benefícios e os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde no uso da lista de verificação do parto seguro da OMS. Pesquisa realizada nas seguintes bases de dados: *Cochrane Library*, *Cinahl*, *EBSCOhost*, *PubMed*, e *Web of Science*. Foram utilizados os descritores DECS validados, “*Birth*”; “*Checklist*”; “*Labor*”; “*Pregnancy*”; “*Safety*” e os operadores booleanos “AND” e “OR”. Resultados: Foram selecionados e analisados cinco artigos publicados entre 2017 e 2023. Conclusão: Conclui-se que a implementação de protocolos de segurança, como a *checklist*

do parto seguro, com o intuito de reduzir a ocorrência de eventos adversos tem um efeito positivo na qualidade e segurança dos cuidados prestados durante o trabalho de parto e pós-parto, na gestante, puérpera e recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE (DeCS): Parto; Checklist; Trabalho de Parto; Gravidez; Segurança

PATIENT SAFETY: SAFE DELIVERY

ABSTRACT: Background: Worldwide, most maternal, and neonatal comorbidities, including hemorrhage, infection, preeclampsia, and asphyxia, occur during labor and the first 24 hours after delivery. Most of these complications are preventable. The WHO Safe Delivery Checklist was formulated as an easily applicable tool for patient safety to decrease the occurrence of errors and thus improve the quality of care provided to pregnant women and newborns during labor, birth, puerperium, and hospital discharge. Objective: Identify the scientific evidence on the implementation of the Safe Motherhood checklist by health professionals. Methodology: A systematic literature review was conducted to answer the research question: “What are the benefits and factors influencing health professionals’ adherence to using the WHO safe delivery checklist. Search conducted in the following databases: Cochrane Library, Cinahl, EBSCOhost, PubMed, and Web of Science. The validated DECS descriptors “Birth”; “Checklist”; “Labor”; “Pregnancy”; “Safety” and the Boolean operators “AND” and “OR” were used. Results: Five articles published between 2017 and 2023 were selected and analyzed. Conclusion: It is concluded that the implementation of safety protocols, such as the safe delivery checklist, in order to reduce the occurrence of adverse events has a positive effect on the quality and safety of care provided during labor and postpartum, in the pregnant woman, puerperal woman, and newborn.

KEYWORDS (DeCS): Parturition; Checklist; Labor, Obstetric; Pregnancy; Safety

1 | INTRODUÇÃO

A excelência dos cuidados de saúde tem sido um foco cada vez mais crescente nas maternidades. Desta forma, têm sido adotadas estratégias de segurança do doente, com o intuito de tornar o nascimento uma experiência positiva, segura e que vá de encontro às expectativas das grávidas e das famílias (BARROSO, SALES, & RAMOS, 2021).

É uma necessidade mundial melhorar continuamente a qualidade da assistência no parto, e está inscrita no Objetivo de desenvolvimento sustentável número 3 - “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” que apresenta como meta até 2030 a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100 000 nascimentos, com nenhum país com uma taxa de mortalidade materna superior ao dobro da média global (BCSD Portugal, 2022).

Sendo que entre 2000 e 2020, a taxa de mortalidade materna caiu cerca de 34% em todo o mundo e quase 95% de todas as mortes maternas ocorreram em países de baixa e média renda (OMS, 2023).

As grávidas e as puérperas apresentam uma vulnerabilidade para diversas

complicações, quer seja durante a gravidez, parto ou no pós-parto. Durante a gravidez o corpo passa por diversas mudanças fisiológicas, hormonais, físicas e psicológicas, o que aumenta o risco de algumas complicações (LYNDON et al., 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2023, refere que algumas das dificuldades durante e após o parto, originam complicações que representam cerca de 75% das mortes maternas, sendo que a maioria delas podem ser tratadas ou evitáveis. Desta forma, as principais causas que são apontadas são: a hemorragia grave (principalmente no pós-parto), as infeções (geralmente após o parto), a hipertensão arterial elevada durante a gravidez (que resulta em quadros de pré-eclâmpsia e eclâmpsia), complicações do parto e por último a realização de aborto em condições de risco e desprotegidas. Todos os anos, um grande número de doentes são afetados ou morrem como consequência de cuidados de saúde inseguros. Os países subdesenvolvidos e os países em desenvolvimento são especialmente afetados, com um número de 134 milhões de eventos adversos que ocorrem em hospitais nesses países, contribuindo para cerca de 2,6 milhões de mortes anuais (WHO, 2021).

A OMS criou um Plano Global de Ações para a Segurança do doente 2021-2030 (*Global Patient Action Plan*), que define a segurança do doente como uma prioridade global de saúde pública. O plano inclui 10 objetivos estratégicos, desde a prevenção de erros de medicação até a melhoria da segurança cirúrgica e a promoção da cultura de segurança em todos os sistemas de saúde. De forma, consistente e sustentável vão diminuir os riscos e a ocorrência de danos evitáveis, tornando desta forma os erros menos prováveis e uma redução do impacto caso estes danos aconteçam (WHO, 2021).

A segurança é uma prioridade para as organizações que fornecem cuidados de saúde, no entanto os danos e erros evitáveis, permanecem nas maternidades. Desta forma, tornou-se imprescindível a adoção de diversas estratégias organizacionais que podem ser implementadas para melhorar a segurança das mulheres durante o trabalho de parto e no pós-parto (MCCORMICK et al, 2013).

As altas taxas persistentes de morbilidade e mortalidade materna e neonatal exigem intervenções complexas para melhorar a qualidade do atendimento (Sousa et al, 2022). A OMS em 2018, define o parto seguro como um parto em que a mãe e o recém-nascido recebem cuidados adequados e eficazes, respeitando seus direitos e necessidades. Sendo um processo complexo, é essencial que esteja disponível e garantido tudo o que for necessário para tornar o parto o mais seguro possível para a mãe e recém-nascido (OMS, 2018).

O documento apresentado pela OMS como *Safe Childbirth Checklist*, foi desenvolvido com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência às parturientes, e desta forma para que as maternidades apresentassem uma assistência padronizada em relação aos principais riscos associados ao parto. A *checklist* foi testada em dez países dos continentes Africano e Asiático com resultados positivos (OMS, 2015).

A OMS enfatiza a importância de uma abordagem centrada na mulher e na família, com foco na promoção da saúde e prevenção de complicações durante o parto e pós-parto. A identificação e manipulação adequada de complicações obstétricas, o uso adequado de medicamentos e intervenções, a comunicação clara e efetiva com a mulher e com a sua família, e o fornecimento de um ambiente acolhedor e seguro, são algumas das estratégias recomendadas que tem sido incentivada a sua implementação por todo o mundo (OMS, 2018).

Para um trabalho de parto seguro, é necessário que se garanta cuidados adequados e eficazes durante o trabalho de parto, respeitando as necessidades e direitos. A implementação da *checklist* nas salas de parto, é apresentada pela OMS como uma das estratégias para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados no parto e no pós-parto.

A lista de verificação consiste numa ferramenta simples que tem como objetivo a redução da incidência de erros e falhas na comunicação. A *checklist* é um documento redigido em inglês por diversos especialistas, existe tradução nas seis línguas oficiais das nações unidas (inglês, francês, espanhol, russo, chinês e árabe), para além dessas traduções, cada país no seu sistema de saúde adaptou e validou a lista de verificação para a sua realidade, sempre respeitando os itens do documento oficial.

Foi redigido como ação universal, de fácil aplicação, com o uso de poucos recursos e facilmente aplicável em todos os hospitais do mundo, apresenta 29 itens que devem ser completados em quatro momentos-chave do parto e pós-parto: na admissão da mulher à sala de partos, antes do parto (antes da expulsão ou antes da cesariana), após o parto (no espaço de 1 hora) e antes da alta da mulher e do recém-nascido. Estes pontos de pausa permitem que as parteiras façam os seus “controles” em alturas em que podem não só proteger a mãe e o recém-nascido de complicações danosas, mas também nas alturas mais convenientes do seu fluxo de trabalho (WHO, 2015).

Cada etapa da lista de verificação tem vários itens que devem ser verificados, tais como: identificação correta da mãe, a monitorização do trabalho de parto e vitalidade fetal, preparação para emergências, administração de medicação e profilaxia, o procedimento em caso de rotura de membranas, além de cuidados imediatos para parturiente e o recém-nascido após o parto (OMS, 2015).

A implementação da *checklist* tem sido associada a uma redução significativa nas taxas de mortalidade materna e neonatal, bem como na redução de complicações e lesões durante o parto. Para a sua correta implementação é essencial treinar toda a equipa envolvida nos cuidados, assim como garantir a disponibilidade de recursos e equipamentos adequados para o atendimento obstétrico e neonatal de emergência. A sua utilização deve ser incorporada na rotina de cuidados, e toda a equipa deve ser incentivada a reportar e a discutir quaisquer problemas e/ ou dificuldades encontradas durante a sua aplicação.

A implementação de protocolos de segurança para minimizar a ocorrência de incidentes é apoiada pela garantia da segurança, participação e adesão à lista de verificação

com o bem-estar no pré-parto, parto e puerpério. A ocorrência de erros na prestação de cuidados pode ser minimizada com formação adequada e comunicação eficaz, por meio de um sistema de contínua educação sobre segurança, em que as intervenções dos profissionais de saúde da equipa sejam revistas com recurso a uma, lista de verificação ou *checklist*, com o objetivo de prevenir os erros antes que eles aconteçam. Desta forma, observa-se uma redução das altas taxas persistentes de morbilidade e mortalidade materna e neonatal, no período de parto e puerpério, colaborando para uma melhor assistência na saúde materno-fetal, visto que esta é uma prioridade para todos os membros da equipa de saúde (SANT ANA et al., 2017).

O presente trabalho apresenta o seguinte objetivo: Identificar as evidências científicas sobre a implementação da checklist do Parto Seguro pelos profissionais e saúde.

2 | METODOLOGIA

O método de revisão sistemática consiste num estudo retrospectivo com dados secundários e objetivos em sintetizar evidências sobre um problema/tema específico, analisando publicações com dados primários de pesquisa (CASARIN et al, 2020).

A presente revisão sistemática teve como questão de investigação “Quais os benefícios e os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde no uso da lista de verificação do parto seguro?”.

A questão de pesquisa é formulada através do anagrama PICO: participantes (P), intervenção (I), comparação (C) e resultados (O) (GALVÃO; PEREIRA, 2014). Foi utilizada a metodologia PICO, apresentada na tabela 1, com o intuito de elaborar a questão de investigação.

P	Participantes	Profissionais de saúde
I	Assunto de Interesse	Uso da lista de verificação do parto seguro da OMS
C	Comparação	O uso da lista de verificação do parto seguro da OMS pelos profissionais de saúde e a ausência do uso da lista de verificação
O	Resultados	Identificar os benefícios e os fatores que influenciam na adesão dos profissionais de saúde na utilização da lista de verificação do parto seguro

Tabela 1 – Processo de análise de dados segundo o método PICO

Foi realizada a pesquisa nas seguintes bases de dados: *Cochrane Library*, *Cinahl*, *EBSCOhost*, *PubMed*, e *Web of Science*. Foram aplicados os descritores DECS validados, “Birth”; “Checklist”; “Labor”; “Pregnancy”; “Safety” e os operadores booleanos “AND” e “OR”, obtendo-se um total de pesquisa para cada base de dados.

Como critérios de inclusão foram selecionados estudos do tipo qualitativo e

quantitativo, com um horizonte temporal de 6 anos (após uma avaliação cuidadosa dos objetivos e dos critérios de inclusão e exclusão da revisão sistemática), publicados entre 2017 e 2023, com o idioma português ou inglês, baseados nos descritores e nas bases de dados supracitadas, disponibilizados na íntegra na versão online e gratuita e que pela sua leitura integral fosse evidente a presença de resultados que refletissem a respostas á questão de pesquisa, tendo como população alvo as unidades de saúde onde foram implementadas as *checklist* do parto seguro. E como critérios de exclusão, foram excluídos artigos com um horizonte temporal superior a 6 anos, com idioma diferente de português ou inglês, revisões da literatura e artigos sobre a abordagem ou ponto de vista de profissionais de saúde. Para a realização do presente estudo, foram analisadas 360 publicações encontradas nas bases de dados. Foram aplicados os limitadores de pesquisa, nomeadamente, o período temporal (nos últimos 6 anos), com texto integral e em língua portuguesa ou inglesa.

Em seguida, foi realizada uma leitura do título, de forma a excluir os artigos que apresentavam pouco interesse para o tema em questão. Após a leitura do título, foi realizada a leitura dos resumos aplicando-se os critérios de inclusão ou exclusão. E por último, foi realizada uma leitura criteriosa do texto na sua íntegra (TI), resultando num total de 5 artigos para análise que responderam ao objetivo deste estudo. Os artigos foram enumerados com a letra E, de forma a facilitar o tratamento de dados. De forma a facilitar a organização de todo o processo de identificação e seleção de evidências para a revisão sistemática da literatura, optou-se por apresentar segundo um fluxograma, apresentado na figura 1, baseado no *Preferred Reporting Items for Systemic Review and Meta-Analyses* [PRISMA] (PAGE et al., 2021).

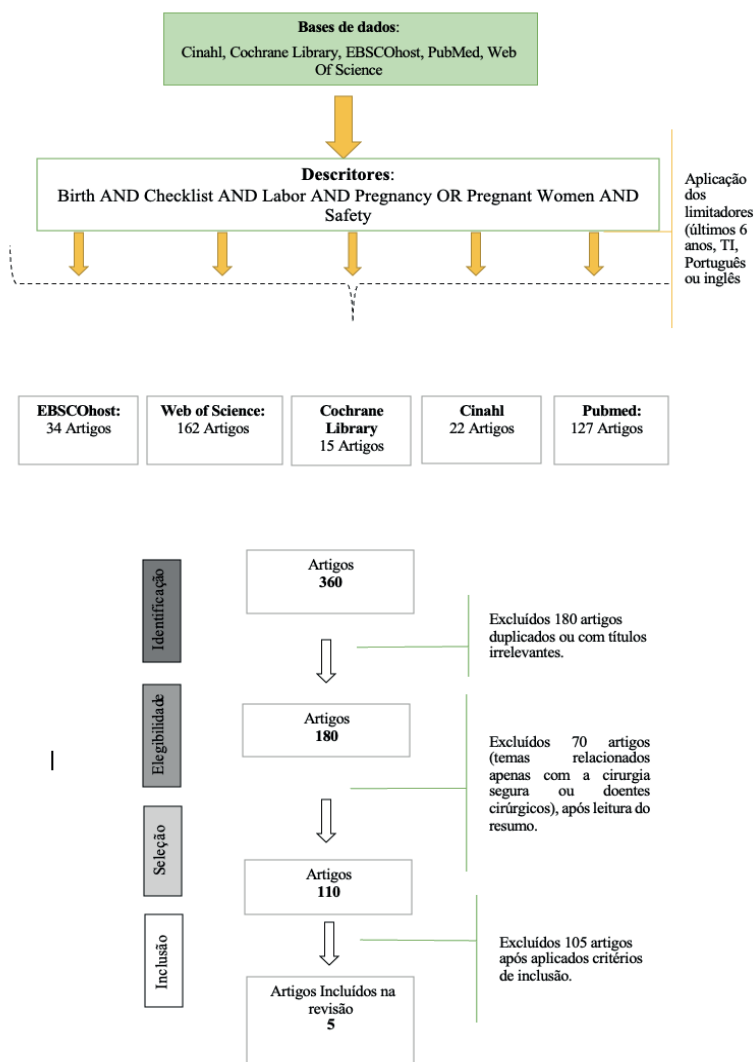


Figura 1- Elaboração própria.

Fonte: Fluxograma adaptado de Page et al., (2021)

3 | RESULTADOS

Por forma a dar resposta ao objetivo e à questão de investigação desta revisão, após seleção dos artigos procedeu-se à análise na íntegra dos mesmos, que se encontra esquematizada na figura 2. De forma a identificar a qualidade metodológica dos artigos selecionados, procedemos à classificação dos níveis de evidência, tendo por base os critérios do *Joanna Briggs Institute* (Munn et al., 2015).

Nº	Título do artigo/ autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
E1	<p>Título: <i>"BetterBirth Program: Seeking Effective Adoption and Sustainable Use of the WHO Safe Childbirth Checklist through Coaching-Based Implementation in Uttar Pradesh, India"</i></p> <p>Autores: Katherine E. Semrau, Danielle S. V. Filippi, Lisa R. Hirschhorn, Vishwajeet Kumar, Pankaj Verma, Suman Lata, Sanghita Bhattacharyya, Atul A. Gawande, Arvind Pandey, Ajay K. Singh, Elizabeth H. Bradley Ano: 2017</p>	<p>O objetivo do estudo era melhorar a qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais em 60 unidades de saúde em Uttar Pradesh. O programa utilizou uma abordagem de <i>coaching</i> baseada em evidências para facilitar a adoção e o uso sustentado da Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS pelas equipes de saúde.</p>	<p>Estudo randomizado com grupo de controle de caráter observacional. Os pesquisadores observam e medem as mudanças que ocorrem naturalmente num grupo de controle histórico (unidades de saúde que já implementaram a lista de verificação anteriormente sem intervenção do programa) e num grupo de intervenção (unidades de saúde que receberam o programa <i>BetterBirth</i>). O estudo avaliou o impacto do programa <i>BetterBirth</i> na adesão e uso sustentado da Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS e na melhoria dos resultados de saúde materna e neonatal nas unidades de saúde participantes.</p> <p>Nível Evidência: 3.d <i>case – controlled study</i></p>	<p>Os resultados do programa mostraram uma melhoria significativa na adesão à Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS, com um aumento de 74% para 91% no uso adequado da lista de verificação. Além disso, houve uma redução de 39% na mortalidade neonatal em comparação com as unidades de controle.</p> <p>No entanto, foram identificados desafios na manutenção da adesão ao <i>checklist</i> após o término do programa de treinamento, nomeadamente a falta de recursos humanos e a falta de capacitação profissional e o trabalho em equipa.</p>
E2	<p>Título: <i>"Safe birth matters: facilitators and barriers to uptake of the WHO safe childbirth checklist tool in a Tanzania Regional Hospital"</i></p> <p>Autores: Joycelyn Thomas; Joachim Voss e Edith Tarimo Ano: 2019</p>	<p>O objetivo do estudo é explorar as barreiras e os facilitadores para a adoção e implementação da lista de verificação de parto seguro da OMS (WHO safe childbirth checklist) num hospital regional da Tanzânia.</p>	<p>É um estudo qualitativo transversal, observacional, que envolveu a realização de entrevistas individuais e em grupo, a profissionais de saúde envolvidos no atendimento obstétrico no Hospital Regional da Tanzânia, incluindo obstetras, enfermeiros obstetras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As perguntas das entrevistas abordaram temas relacionados com a percepção e a utilização da <i>checklist</i>, bem como os fatores que influenciam a sua adoção e implementação.</p> <p>Nível Evidência: Nível 4.b – Cross-sectional study</p>	<p>Os resultados do estudo indicaram que a adoção e implementação da lista de verificação é influenciada por diversos fatores. Os facilitadores foram identificados como: o treino adequado das equipas de profissionais de saúde, a liderança e a colaboração por parte das autoridades hospitalares, a disponibilidade de recursos e materiais necessários para uma correta verificação e a crença dos profissionais de que a lista poderia melhorar a qualidade do atendimento obstétrico. Por outro lado, as principais barreiras identificadas foram a falta de tempo para a sua correta utilização, a falta de suporte dos colegas de trabalho, a falta de recursos materiais adequados, a falta de incentivos financeiros e a resistência à mudança. Os autores acrescentam que a falta de comprometimento das autoridades governamentais em relação à implementação da lista de verificação também foi um obstáculo importante. Os resultados indicam a importância de abordar esses fatores para promover a adoção e implementação efetiva da lista de verificação em outros contextos de saúde.</p>
E3	<p>Título: <i>"Impact of the implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist on</i></p>	<p>Avaliar o impacto da implementação da Lista de Verificação de Parto Seguro da OMS nas práticas</p>	<p>É um estudo quasi-experimental de séries temporais no pré/pós implementação. O estudo foi conduzido em duas fases: antes da</p>	<p>Os resultados indicaram que houve um aumento significativo na adesão às práticas essenciais no parto, como a realização da higienização das mãos, a administração de ocitocina para prevenção de hemorragias no pós-parto</p>

	<p><i>essential birth practices and adverse events in two Brazilian hospitals: a before and after study.</i></p> <p>Autores: Kelienny de Meneses Sousa; Pedro Jesus Saturno-Hernandez; Tatyana, Maria Silva de Souza Rosendo, Marise Reis Freitas; Rose L Molina, Wilton Rodrigues Medeiros; Edna; Marta Mendes da Silva; Zenewton; André da Silva Gama</p> <p>Ano: 2022</p>	<p>essenciais do parto e nos possíveis eventos adversos em dois hospitais brasileiros. O estudo visou avaliar se a utilização da lista de verificação resultou em mudanças significativas nas práticas de parto e na redução de eventos adversos, como hemorragias no parto e pós-parto, infecções, lacerações e morte materna.</p>	<p>implementação da lista de verificação e após a sua implementação nos hospitais selecionados. O estudo consiste na recolha de dados antes da implementação da lista de verificação de Parto Seguro e depois, para posterior comparação. A população alvo do estudo envolveu 440 mulheres e os seus recém-nascidos, excluindo aqueles com malformações. A intervenção envolveu a adaptação transcultural, sensibilização através de vídeos, cartazes, sessões de educação para a saúde e auditorias sobre os indicadores de saúde.</p> <p>Nível de evidência: Level 2.c – Quasi-experimental prospective controlled study</p>	<p>e a verificação da frequência cardíaca fetal. Além disso, houve uma redução significativa nas taxas de hemorragias pós-parto, infecções, lacerações e mortes maternas. A adesão à lista de verificação aumentou de 31,8% no período pré-implantação para 94,3% no período pós-implantação. Os resultados sugerem que a implementação da lista de verificação pode ser uma ferramenta eficaz para melhorar as práticas do parto e reduzir eventos adversos nos hospitais, visto que funcionam como lembretes para os profissionais.</p>
E4	<p>Título “Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de Facebook?”</p> <p>Autores: Vanessa Cristina Felipe Lopes Villar; Juliana Loureiro da Silva de Queiroz Rodrigues; Mônica Martins; Elaine Teixeira Rabell</p> <p>Ano: 2022</p>	<p>O objetivo do estudo é analisar as discussões sobre a segurança do doente em grupos do Facebook dedicados à assistência ao parto, com a finalidade de identificar os principais temas e preocupações dos usuários desses grupos.</p>	<p>Estudo qualitativo, que envolveu a análise de 55 publicações e comentários na plataforma digital do Facebook, entre os meses de Setembro e Outubro de 2019. Os resultados foram classificados em duas categorias: (i) eventos adversos incluindo óbitos do recém-nascido, fetal e materno, hemorragias, infecções, lesões neurológicas, problemas relacionados à cirurgia e o uso de medicamentos; e (ii) fatores contribuintes como atraso no atendimento, diagnóstico ou tratamento, violência obstétrica, erro diagnóstico e identificação do paciente.</p> <p>Nível Evidência: Level 3.c – Cohort study</p>	<p>Os resultados mostraram que os participantes dos grupos discutiam sobre diversos temas relacionados à assistência ao parto, incluindo práticas obstétricas, intervenções médicas, humanização do parto, violência obstétrica, entre outros. Além disso, também foram identificadas preocupações relacionadas à falta de informação e à dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade. Os autores concluem que as redes sociais podem ser uma ferramenta útil para discutir questões relacionadas à segurança do utente na assistência ao parto e para promover o engajamento da comunidade na busca por melhores práticas obstétricas e melhores resultados para as gestantes e recém-nascidos.</p>
E5	<p>Título: “Conceções das enfermeiras sobre assistência segura à mulher na gestação e parto.”</p> <p>Autores: Deise Breder dos Santos Batista; Juliana Cristina Nascimento Guimarães; Yasmin Miranda Alfredo; Adriana Lenho de</p>	<p>O objetivo do estudo é analisar as concepções das enfermeiras sobre a assistência segura a mulher na gestação e durante o trabalho de parto</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo. Realizado numa maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas enfermeiras que prestavam serviços no pré-natal e durante o trabalho de parto. Os resultados foram agrupados em dois grupos: - Assistência obstétrica segura na concepção das enfermeiras</p>	<p>Os resultados mostraram que as enfermeiras possuem uma compreensão ampla e abrangente sobre o conceito de cuidados de saúde seguros, que envolve aspetos relacionados com a humanização, autonomia da mulher, trabalho em equipa, atualização científica e tecnológica, prevenção, controle de riscos e danos e respeito dos direitos e necessidades das mulheres. As enfermeiras também destacaram a importância da comunicação efetiva com a mulher e a sua família, da escuta atenta, do correto acolhimento, da valorização do conhecimento, da experiência da mulher e de sessões de</p>

Figueiredo Pereira. Ano: 2021		-Promoção da segurança na assistência para as enfermeiras. Nível Evidência: Level 3.c – Cohort study	promoção de cuidados seguros para o parto. Alguns dos desafios que as profissionais de saúde destacaram foram a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos e equipamentos adequados, a falta de capacitação e atualização profissional e a falta de articulação entre diferentes serviços de saúde. Os autores concluem que as enfermeiras apresentam um papel fundamental na promoção da assistência segura à mulher na gestação e no parto. E que é importante investir na capacitação e atualização profissional, bem como em mudanças organizacionais e culturais para garantir a efetividade da assistência e a segurança do cuidado obstétrico.
---	--	--	---

Figura 2- Quadro do resumo da análise dos artigos

4 | DISCUSSÃO

O uso da lista de verificação é uma ferramenta que pode melhorar alguns aspetos de segurança e qualidade no parto, mas pode exigir iniciativas adicionais para causar impacto na mortalidade (SOUSA et.al, 2022).

Diversos países, testaram a implementação da lista de verificação do parto seguro da OMS, como por exemplo, no artigo E1, um estado indiano que através do programa *BetterBirth* apresentou como objetivo capacitar os profissionais de saúde para a utilização da lista de verificação e a melhoria da qualidade dos cuidados durante o parto. Este estudo teve como resultado a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal. Contudo, os autores acrescentam que a *checklist* por si só não resolve todas as barreiras de mudança de comportamento (KARA et al., 2017).

O artigo E2, também apresentou resultados que indicaram que a utilização da lista de verificação foi bem recebida pelos profissionais de saúde e teve um impacto positivo na melhoria da qualidade do atendimento à grávida. No entanto, apesar de bem recebida por parte dos profissionais, detetaram algumas barreiras como a falta de recursos e os escassos conhecimentos por parte dos profissionais que prejudicou a implementação da lista. Desta forma, os autores concluíram que a implementação bem-sucedida da lista requer abordagens abrangentes e adaptáveis para enfrentar esses desafios e garantir a adesão e o uso sustentável da ferramenta pelos profissionais de saúde (THOMAS et al., 2019).

No artigo E5, os autores apresentam as concepções da equipa de enfermagem na assistência segura da mulher no período pré-natal e no trabalho de parto. Realçam a importância da capacitação e atualização profissional, bem como diversas mudanças estruturais para garantir a efetividade da assistência e na segurança. A promoção da saúde no cuidado obstétrico referida pelo artigo E5 e a falta de articulação entre serviços,

corroborar com a visão por parte dos utentes no artigo E4, que refere a falta de informação e a dificuldade no acesso a cuidados de saúde como um dos temas mais preocupantes na segurança dos doentes obstétricos. Nos artigos E2, E4, E5, apresentam como barreiras da segurança do doente a falta de recursos materiais e recursos humanos.

Nos artigos E1 e E3, abordam que a implementação da lista de verificação do parto seguro da OMS, resultou numa diminuição da mortalidade neonatal e materna. Assim, como a prevenção do aparecimento de eventos adversos, como hemorragia pós-parto e infeções.

Os autores, Sousa et al., (2022), no artigo E3, apresentam através de um estudo realizado em Hospitais de nível secundário e terciário do Brasil, que existe uma melhoria nos cuidados de saúde, aquando da implementação da *checklist*, o que é consistente com estudos anteriores. Desta forma, apresentam como resultado uma redução nas complicações graves e na incidência e gravidade dos eventos adversos no parto após a implementação da lista.

Referem que, apesar da dificuldade em preencher a lista de verificação, as melhorias encontradas nos hospitais que apresentam uma maior adesão, destacam a utilidade desta ferramenta. Acrescentam, que o estudo pode apresentar algumas limitações referentes ao viés do registo, já que a colheita de dados depende da qualidade e regularidade das informações registadas.

Os estudos E1 e E3, vão de encontro às conclusões de Carvalho et al (2018), que reforça a lista de verificação para o parto seguro da OMS como um instrumento potencialmente útil para prevenir desfechos adversos, tanto para as mães como para os recém-nascidos. A lista de verificação induz boas práticas que agem tanto nas causas diretas de morte materna (doenças hipertensivas, hemorragia e infeção puerperal) como nas causas indiretas (doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério e infeções prévias) e das mortes neonatais (cuidados intrapartos inadequados, asfíxia perinatal, infeção e complicações da prematuridade).

A saúde materno-infantil em Portugal é uma história de sucesso, considerada pela União Europeia como um dos cinco países do mundo que mais progressos fez para a redução da taxa de mortalidade desde 1975 (BARROSO, SALES, & RAMOS, 2021).

Os autores Araújo, A., Lima, J., & Nené, M. (2021), referiram que houve vários fatores para este sucesso, nomeadamente, a criação da primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e infantil que englobou o desenvolvimento de uma rede de referência entre hospitais de apoio perinatal e apoio perinatal diferenciado, assim como a articulação com os cuidados de saúde primários. Esta política de saúde organizacional promoveu a redução da morbimortalidade perinatal e materna. Um dos aspetos que os artigos E4 e E5, referem como negativo e incapacitante para a melhoria dos cuidados de saúde é a fraca articulação entre os diversos serviços e a falta de informação, tendo sido colmatada pela implementação da rede em Portugal. Em Portugal, os últimos dados estatísticos segundo o Instituto Nacional de estatística (INE) sobre a taxa de mortalidade materna traduzem-se por

20,1 óbitos por 100 000 nados vivos, em 2020, sofrendo um ligeiro aumento comparando com os dados relativos ao ano de 2019 de 10,4 óbitos por 100 000 nados-vivos (INE, 2023).

A direção geral de saúde em 2022, afirmou que 76,3% das mulheres que morreram apresentavam comorbilidades não associadas à gravidez. E aponta para o aumento da idade materna na gravidez como um dos principais fatores que originam este aumento. Desta forma, a DGS recomenda que as mulheres planejem uma gravidez antes dos 35 anos de idade com o intuito de minimizar os riscos.

Apesar deste ligeiro aumento, Portugal mantém-se com taxas de mortalidade materno infantil muito baixas, comparativamente com os países menos desenvolvidos como a Tanzânia (artigo E 2), que apresenta uma taxa de mortalidade materna das mais altas do mundo, os dados mais recentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), apontam para uma taxa em 2020 de 432 mortes por 100 000 nados vivos (UNICEF, 2020).

Nas últimas décadas em Portugal, de forma a garantir a segurança no parto e a qualidade de nascimento, foi efetuada uma reorganização dos serviços de obstetrícia e das maternidades com o objetivo de tornar os recursos humanos adequados às necessidades assistenciais. Desta forma, o colégio da especialidade de ginecologia da Ordem dos Médicos e o colégio da Especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia da ordem de enfermagem, realizou normas que tem por base o número anual de partos e definem o rácio de enfermeiros necessários para a assistência nas diferentes fases de trabalho de parto por cada grávida. São nomeadas de dotações seguras e são referentes aos recursos humanos necessários para cada instituição pública e privada (ARAÚJO, LIMA, & NENÉ, 2021).

Os artigos E1, E2, E3 e E5, referem que existe um comprometimento dos recursos humanos, não existindo até agora as dotações seguras nos países abordados nos artigos (Tanzânia, Índia e Brasil).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados prestados por profissionais de saúde qualificados antes, durante e no pós-parto podem salvar vidas de mulheres e recém-nascidos. Observou-se nos estudos que a adesão da equipa à lista de verificação contribuiu para melhorias significativas na assistência à parturiente e ao recém-nascido. Assim, os resultados afirmam que para o cuidado adequado e de qualidade é necessário um esforço permanente de sensibilização, responsabilização e habilitação dos profissionais de saúde que compõem as equipas multidisciplinares.

A implementação da lista de verificação da OMS para Partos Seguros em diferentes países, como a Índia, Brasil e Tanzânia mostrou resultados positivos na redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal. No entanto, os estudos destacaram algumas barreiras, como falta de recursos e conhecimento limitado dos profissionais de saúde,

que prejudicaram a implementação da lista. Os benefícios da adesão à lista incluem a diminuição da mortalidade neonatal e materna, prevenção de eventos adversos e melhoria da qualidade do atendimento. Em Portugal, os cuidados de saúde materno-infantil têm sido bem-sucedidos, contudo, o aumento da idade materna tem sido um dos fatores que é apontado como influenciador da taxa de mortalidade materna. Portanto, é recomendado um aumento da vigilância nessas gestantes, uma vez que são relatadas como apresentando um maior número de comorbilidades.

Em Portugal existem normas para a adoção das dotações seguras, mas será que são cumpridas em todos os serviços? Ou será que, a falta de recursos humanos relatados nos hospitais também influenciam as dotações seguras que estão regulamentadas?

REFERÊNCIAS

Araújo, A., Lima, J., & Néné, M. (2021). **Nascimento seguro**. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 307-319). LIDEL. ISBN: 978-989-752-414-1

Batista, D. B. S., Guimarães, J. C. N., Alfredo, Y. M., & Pereira, A. L. F. (2021). **Conceções das enfermeiras sobre assistência segura à mulher na gestação e parto**. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e 38651. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13360/12095/176399>

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). **Guia Prático para a Segurança do Doente**. LIDEL.

BCSD Portugal. (2022). ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Retrieved. <https://ods.pt/>

Casarin, S. T., Porto, A. R., Gabatz, R. I. B., Bonow, C. A., & Souza, E. N. de. (2020). **Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health**. *Journal of Nursing and Health*, 10, e201003. Editorial

Carvalho, I. C. B. de M., Rosendo, T. M. S. de S., Freitas, M. R. de, Silva, E. M. M. da, Medeiros, W. R., Moutinho, N. F., Pimenta, I. D. S. F., & Gama, Z. A. da S. (2018). **Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18, 401–418.

Direção-Geral da Saúde. (2019). **Check-List Parto Seguro**. Recuperado em 11 de abril de 2023, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092019-de-05062019-pdf.aspx>

Galvão, Tais Freire; Pereira, Mauricio Gomes. (2014) **Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). **Instituto Nacional de Estatística**. Recuperado em 25 de abril de 2023, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009334&contexto=bd&selTab=tab2

Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 44(1), 26-37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851050/>

Kara, N., Firestone, R., Kalita, T., Gawande, A. A., Kumar, V., Kodkany, B., Saurastri, R., Singh, V. P., Maji, P., Karlage, A., Hirschhorn, L. R., & Semrau, K. E. A. (2017). **The BetterBirth Program: Pursuing Effective Adoption and Sustained Use of the WHO Safe Childbirth Checklist Through Coaching-Based Implementation in Uttar Pradesh, India.** *Global Health: Science and Practice*, 5(2), 232-243. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487086/>

Lyndon, A., Mohamed, M. A., & Aliyu, M. H. (2021). **Maternal morbidity and mortality in the United States: A review of contemporary data and their limitations.** *Journal of Women's Health*, 30(6), 819-827. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880915/>

McCormick, M., Pollock, W., Kapp, S., & Gerditz, M. (2013). **Organizational strategies to optimize women's safety during labor and birth: A scoping review.** *Birth*, 40(3), 202-211.

Medeiros, M. P. S., dos Santos, R. A., & Menezes, M. O. (2021). **Interface multiprofissional para implementação do protocolo de parto seguro.** *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE*, 6(3), 135-135.

Munn, Z., Porritt, K., Aromataris, E., Lockwood, C., & Peters, M. (2014). **Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation.** *The Joanna Briggs Institute*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2018). **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities.** Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2015). **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros.** <https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). **Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem** (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, pp. 128-155.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.** *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 178-189. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Sant Ana, J. K. A., Leite, P. O., Vilela, R. P. B., Sanfelice, F. A. N., Almeida, J. B. de, & Alves, M. C. A. (2017). **A importância da utilização do check-list de parto seguro na redução de riscos obstétricos e puerperais.** *CuidArte, Enferm*, 300-303.

Saúde, O. P.-A. da, Saúde, B. M. da S. S. de A. à, & ANVISA (Brasil), A. N. de V. S.-. (2009). **Aliança mundial para a segurança do paciente: Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas.** <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-31681>

Sousa, K. d. M., Saturno-Hernández, P. J., Rosendo, T. M. S. d. S., Freitas, M. R. d., Molina, R. L., Medeiros, W. R., Gama, Z. A. d. S. (2022). **Impact of the implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist on essential birth practices and adverse events in two Brazilian hospitals: a before and after study.** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35288391/>

Thomas, J., Voss, J., & Tarimo, E. (2019). **Safe birth matters: facilitators and barriers to uptake of the WHO safe childbirth checklist tool in a Tanzania Regional Hospital.** *BMC Health Services Research*, 19(1), 670. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8367309/>

True, B. A., Cochrane, C. C., Sleutel, M. R., Newcomb, P., Tullar, P. E., Q13, & Sammons Jr, J. H. (2016). ***Developing and Testing a Vaginal Delivery Safety Checklist***.

UNICEF. (2020). ***The State of the World's Children 2020: Safeguarding the Future: Every Child's Right to Health***. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2020>

World Health Organization. (2023). ***Complicações na gravidez ou no parto matam uma mulher a cada dois minutos*** | ONU News. <https://news.un.org/pt/story/2023/02/1810367>

World Health Organization. (2021). ***Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care***. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

World Health Organization (WHO). (2015). ***WHO checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities***. <https://www.who.int/news/item/04-12-2015-who-checklist-targets-major-causes-of-maternal-and-newborn-deaths-in-health-facilities>

MARIA OTÍLIA BRITES ZANGÃO - Concluiu o Doutoramento em Enfermagem em 2014 pela Universidade Católica Portuguesa, Mestrado em Human Ecology em 2003 pela Universidade de Évora, possui duas pós-graduações, uma em Psicologia da Gravidez e da Maternidade desde 2004 pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, outra em Administração de Unidades de Saúde desde 2017 pela Universidade de Évora e Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 1999 pela Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. É formadora em Aleitamento Materno com a Especialização em Formador e Conselheira em Aleitamento Materno desde 2010 pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

É Professora Coordenadora na Universidade de Évora Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Presidente da Assembleia de Escola, Diretora do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus e investigadora no Centro de Investigação - Comprehensive Health Research Centre (CHRC). Publicou artigos em revistas especializadas. Possui capítulos de livros. Organizou e participou como palestrante em vários eventos. Orientou dissertações de mestrado/doutoramento. Recebeu prémios e/ou homenagens. Participa e/ou participou como investigador em projetos financiados. Atua nas áreas de Ciências Médicas e da Saúde com ênfase em Ciências da Saúde, destacando a área de Enfermagem, Educação em Enfermagem, Aleitamento Materno, Saúde Materna, Obstétrica/Ginecológica e Violência.

ANA CRISTINA CANHOTO FERRÃO – Completou o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD), Évora, no ano de 2010 e, desde então exerce funções como enfermeira especialista no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM, EPE), Portugal. Posteriormente, em 2016, concluiu o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Universidade de Évora/ESESJD. Possui duas pós-graduações, nomeadamente no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher – Mutilação Genital Feminina, desde 2015, pelo Instituto Politécnico de Setúbal e outra na área da Gestão em Serviços de Saúde, com término 2020, pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Lisboa. No ano letivo de 2021/2022 ingressou no Curso de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora em associação com a Universidade Nova de Lisboa, tendo até ao momento completado os dois primeiros anos do programa de Doutoramento.

Ao longo de 18 anos de exercício profissional inúmeros foram os congressos, jornadas, conferências e palestras em que participou, quer como assistente, quer

como oradora através da apresentação de comunicações livres e posters, alguns dos quais premiados. Também tem artigos publicados em revistas especializadas, nomeadamente, na área da Saúde Mulher.

Vários são os projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em que se encontra inserida no CHBM, EPE, sendo elo de ligação, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

No ano letivo de 2022/2023 iniciou acumulação de funções como assistente convidada na área da docência no Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora.

A

Alocação de recursos para a atenção à saúde 64

Ambiente de trabalho 51, 53, 60, 62

C

Checklist 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 87, 88

Companheiro 41

Cuidados de enfermagem 4, 51, 52, 53, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 70, 73, 87, 90

E

Enfermeiras obstétricas 1, 3, 7, 52, 64

Evolução cultural 15, 91

Evolução social 91

H

História 2, 9, 16, 17, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 41, 50, 84

P

Parteira 4, 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 70

Parto domiciliar 4, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27

Parto humanizado 23, 41, 50

Q

Qualidade dos cuidados de saúde 51, 52, 53, 65

S

Segurança do paciente 53, 64, 87

Evolução e Tendências dos Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2023

Evolução e Tendências dos Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2023