



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Programas de preparação para o parto e parentalidade – protocolo de scoping review

Sara Dinis Ribeiro

Março de 2026

Programas de preparação para o parto e parentalidade – protocolo de scoping review

Sara Dinis Ribeiro

Estágio com Relatório Final

Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Paula Nelas

Professor Doutor Mauro Lopes

Março de 2026

Resumo

Enquadramento: A prática de exercício físico durante a gravidez é amplamente recomendada pelas principais entidades internacionais, pelos seus benefícios na saúde materno-fetal. No contexto da educação pré-natal, os programas de preparação para o parto e parentalidade (PPPP) constituem uma estratégia central de promoção da saúde, podendo integrar componentes como atividade física, educação e apoio psicossocial. Contudo, verifica-se heterogeneidade na sua implementação e lacunas na sistematização da evidência, particularmente no que respeita à integração do exercício físico e critérios clínicos associados. Igualmente, os estágios realizados contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos, para obtenção do título de especialista e grau de mestre em Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, culminando com o desenvolvimento de competências comuns e específicas.

Objetivos: Evidenciar o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e mapear a evidência científica disponível sobre os PPPP, identificando: (i) as tipologias de atividade física incluídas; (ii) as indicações e contraindicações clínicas para a sua implementação; (iii) os profissionais de saúde responsáveis pelo desenho e implementação destes programas.

Metodologia: Este relatório final encontra-se estruturado em duas partes principais. A primeira parte apresenta a contextualização de cada ensino clínico, seguida de uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas, articuladas com as competências comuns e específicas do EEESMO, tendo por base o perfil das competências do EEESMO e os padrões de qualidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Ordem dos Enfermeiros. A segunda parte é dedicada à investigação, consistindo numa *scoping review*, com uma pesquisa realizada em múltiplas bases de dados, sem restrição temporal ou linguística. A seleção dos estudos foi efetuada por dois revisores independentes, seguindo critérios de inclusão definidos. Foram incluídos 10 estudos com diferentes desenhos metodológicos.

Resultados: Os estágios em contexto de Ginecologia, Puerpério, Sala de Partos, Patologia da Gravidez e Vigilância da Gravidez, permitiram o desenvolvimento de competências gerais e específicas, fundamentais à prática profissional especializada, possibilitando não apenas a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, mas também, a assimilação de novas aprendizagens, fomentando uma prestação de cuidados de enfermagem integrada e de qualidade. Deu-se também cumprimento às experiências mínimas legalmente exigidas. A componente de investigação revelou-se igualmente crucial, uma vez que os PPPP apresentaram elevada heterogeneidade em termos de estrutura, conteúdos e modalidades de implementação. Os programas abordaram múltiplas dimensões da preparação para a parentalidade, incluindo educação para a saúde, preparação para o parto, cuidados ao recém-nascido, amamentação e bem-estar psicológico. Alguns programas integraram atividade física, relaxamento e preparação corporal, evidenciando benefícios como redução da ansiedade, melhoria do autocontrolo no trabalho de parto e melhores desfechos maternos e neonatais. No entanto, a atividade física não surge como componente central na maioria dos programas. As indicações e contraindicações clínicas foram pouco descritas, sendo identificada escassez de critérios de segurança. Os programas são predominantemente implementados por profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, frequentemente em articulação multidisciplinar.

Conclusões: Os estágios permitiram o desenvolvimento e a consolidação de competências gerais e específicas do EEESMO a, com impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Os PPPP apresentam potencial significativo na promoção da saúde

materna e neonatal, contribuindo para a literacia em saúde, empowerment e adaptação à parentalidade. No entanto, a ausência de padronização, a limitada integração estruturada da atividade física e a escassez de critérios clínicos de segurança evidenciam a necessidade de desenvolvimento de programas mais sistematizados e baseados na evidência. Destaca-se o papel do EEESMO na conceção e implementação destes programas, reforçando a importância da sua atuação na promoção de intervenções seguras, consistentes e centradas na mulher.

Palavras-chave: Programa de Preparação para o parto; Parentalidade; Gravidez; Exercício físico; Educação pré-natal; *Scoping review*.

Abstract

Background: The practice of physical exercise during pregnancy is widely recommended by major international organizations due to its benefits for maternal-fetal health. In the context of prenatal education, childbirth and parenting preparation programs constitute a central health promotion strategy, potentially integrating components such as physical activity, education, and psychosocial support. However, there is heterogeneity in their implementation and gaps in the systematization of evidence, particularly regarding the integration of physical exercise and associated clinical criteria. Likewise, the clinical placements contributed to the development of theoretical and practical knowledge, leading to the attainment of the specialist title and master's degree in the Master's Program in Maternal and Obstetric Health Nursing, culminating in the development of both common and specific competencies.

Objectives: To demonstrate the process of acquisition, development, and consolidation of competencies of the midwife and to map the available scientific evidence on childbirth and parenting preparation programs, identifying: (i) the types of physical activity included; (ii) the clinical indications and contraindications for their implementation; (iii) the healthcare professionals responsible for the design and implementation of these programs.

Methodology: This final report is structured into two main parts. The first part presents the contextualization of each clinical placement, followed by a critical reflection on the activities developed, articulated with the common and specific competencies of the midwife, based on the competency profile of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing and the quality standards in Maternal and Obstetric Health Nursing, from the Order of Nurses. The second part is dedicated to research, consisting of a scoping review, with a search conducted across multiple databases, without time or language restrictions. The selection of studies was carried out by two independent reviewers, following defined inclusion criteria. A total of 10 studies with different methodological designs were included.

Results: The clinical placements in the contexts of Gynecology, Puerperium, Delivery Room, Pregnancy Pathology, and Antenatal Care enabled the development of general and specific competencies essential to specialized professional practice, allowing not only the application of acquired theoretical knowledge but also the assimilation of new learning, fostering the provision of integrated and high-quality nursing care. The legally required minimum experiences were also fulfilled. The research component proved equally crucial, as childbirth and parenting preparation programs showed high heterogeneity in terms of structure, content, and implementation modalities. The programs addressed multiple dimensions of preparation for parenthood, including health education, childbirth preparation, newborn care, breastfeeding, and psychological well-being. Some programs incorporated physical activity, relaxation, and body preparation, showing benefits such as reduced anxiety, improved self-control during labor, and better maternal and neonatal outcomes. However, physical activity does not emerge as a central component in most programs. Clinical indications and contraindications were poorly described, with a lack of identified safety criteria. The programs are predominantly implemented by healthcare professionals, particularly midwives, often within a multidisciplinary framework.

Conclusions: The clinical placements enabled the development and consolidation of general and specific competencies of the midwife, with a direct impact on the quality and safety of care provided. Childbirth and parenting preparation programs show significant potential in promoting maternal and neonatal health, contributing to health literacy, empowerment, and adaptation to parenthood. However, the lack of standardization, the

limited structured integration of physical activity, and the scarcity of clinical safety criteria highlight the need for the development of more systematic and evidence-based programs. The role of the midwife in the design and implementation of these programs is emphasized, reinforcing the importance of their contribution to promoting safe, consistent, and woman-centered interventions.

Keywords: Childbirth Preparation Program; Parenthood; Pregnancy; Physical exercise; Prenatal education; *Scoping review*.

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	11
Lista de figuras	13
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	15
Introdução	17
Capítulo I	
1 – Relatório final da componente clínica	21
1.1 – Enfermagem em Promoção de Saúde da Mulher	21
1.2 – Enfermagem em Neonatologia	27
1.3 – Enfermagem em Patologia Materno-Fetal.....	33
1.4 – Enfermagem em Sala de Partos	37
1.5 – Enfermagem em Puerpério	46
1.6 – Enfermagem em Ginecologia	50
Capítulo II	
2 – Relatório final da componente de investigação.....	59
2.1 – Enquadramento teórico.....	59
2.2 – Metodologia.....	62
2.3 – Resultados.....	64
2.4 – Discussão	77
2.5 Conclusão	80
Referências Bibliográficas	83
Apêndices	
Apêndice I - Atividades curriculares desenvolvidas	103
Apêndice II - Folheto Informativo – Cuidados com o seu bebé: Sinais de alerta e o que fazer em caso de engasgamento.....	105
Apêndice III - Folheto Informativo – Trabalho de Parto (versão portuguesa e inglesa)	107
Apêndice IV- Folheto Informativo – Alimentação Saudável (versão portuguesa e inglesa)	109
Apêndice V- Folheto Informativo – Hipertensão na Gravidez (versão portuguesa e inglesa)	111
Apêndice VI - Folheto Informativo – Dia Mundial da Menopausa	113
Apêndice VII - Estratégia de Pesquisa	115
Apêndice VIII - Artigos excluídos após leitura do texto integral	117

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 Resumo dos estudos incluídos	56
Tabela 2 Resumo visual das conclusões da scoping review	56

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Resultados da pesquisa e processo de seleção e inclusão dos estudos	56

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRPP	Curso de Recuperação Pós-Parto
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
JBÍ	Joanna Briggs Institute
MAI	Maternal Attachment Inventory
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
NR	Não foi reportado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSF	Open Science Framework
PPPP	Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade
PRISMA-P Protocols	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews
PSOC	Parenting Sense of Competence Scale
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCINP	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Pediátricos
ULSRA	Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução

A gravidez, o parto, o puerpério e a transição para a parentalidade constituem momentos de profunda transformação na vida da mulher e da família, implicando adaptações físicas, emocionais e sociais significativas. Neste contexto, a intervenção do EEESMO assume um papel central na promoção de uma vivência positiva e segura destas transições, através de cuidados baseados na evidência, centrados na mulher e orientados para o empowerment e literacia em saúde.

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Opção 3 — Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, refletindo o percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos de cuidados. Ao longo destes contextos, foi possível acompanhar a mulher e a família em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, consolidando competências clínicas, relacionais e educativas, com particular destaque para a participação ativa em PPPP, no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A experiência desenvolvida no estágio comunitário evidenciou a relevância dos PPPP enquanto estratégia estruturante de educação pré-natal, permitindo capacitar as mulheres e famílias para uma participação informada e ativa no processo de gravidez, trabalho de parto, parto e parentalidade. Contudo, a prática clínica revelou também uma diversidade significativa na organização, conteúdos e metodologias destes programas, suscitando a necessidade de compreender de forma mais aprofundada a evidência científica que sustenta a sua implementação.

Neste sentido, emerge o estudo desenvolvido no âmbito deste relatório, sob a forma de uma *scoping review*, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre os PPPP, identificando as tipologias de atividade física incluídas, as indicações e contraindicações clínicas para a sua implementação e os profissionais de saúde responsáveis pelo seu desenho e operacionalização.

Assim, o presente relatório tem como objetivos evidenciar o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências do EEESMO e mapear a evidência científica disponível sobre os PPPP, identificando: (i) as tipologias de atividade física incluídas; (ii) as indicações e contraindicações clínicas para a sua implementação; (iii) os profissionais de saúde responsáveis pelo desenho e implementação destes programas.

Capítulo I

1. Relatório final da componente clínica

O percurso formativo desenvolvido ao longo dos diferentes campos de estágio foi analisado com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis, a qual conceptualiza as experiências de saúde como processos dinâmicos de mudança que exigem adaptação, reorganização de papéis e aquisição de novas competências (Meleis, 2010).

Segundo Meleis, as transições podem ser desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença ou organizacionais, sendo o papel do enfermeiro facilitar processos de adaptação saudável, prevenir complicações e promover resultados positivos. No contexto da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a gravidez, o parto, o puerpério, a parentalidade e as situações de doença ginecológica configuram-se como momentos de elevada vulnerabilidade e potencial crescimento, exigindo uma intervenção especializada centrada na mulher e na família (Meleis, 2010).

A análise reflexiva do meu percurso clínico permitiu-me compreender que a aquisição de competências enquanto futura Enfermeira EEESMO se foi consolidando através do acompanhamento e facilitação destas múltiplas transições, nos diferentes contextos dos campos de estágio.

A sistematização e quantificação das atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio encontram-se apresentadas no Apêndice I, permitindo uma visão global das experiências clínicas realizadas e do cumprimento dos objetivos formativos definidos.

1.1 Enfermagem em promoção de saúde da mulher

O meu percurso formativo iniciou-se em contexto comunitário, no âmbito da Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher, através do acompanhamento de grávidas de baixo risco e da integração em atividades de vigilância da gravidez, promoção da saúde e dinamização de PPPP.

À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, a gravidez configura-se como uma transição desenvolvimental complexa, caracterizada por profundas alterações físicas, emocionais, sociais e relacionais, exigindo processos de adaptação progressivos por parte da mulher e da família (Meleis, 2010). Neste contexto, o EEESMO assume um papel determinante na facilitação de uma transição saudável, promovendo segurança, confiança e capacitação.

O ensino clínico decorreu numa UCC da região centro, integrada na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro (ULSRA), sob orientação da Professora Doutora Paula Nelas e de uma EEESMO. Teve a duração de quatro semanas, iniciando-se a 26 de fevereiro e concluindo-se a 17 de abril de 2025, tendo sido necessário proceder ao ajuste da última semana de estágio (14 a 18 de abril), inicialmente prevista para março, devido à indisponibilidade da enfermeira orientadora.

Este campo de estágio centrou-se na aquisição e consolidação de conhecimentos e competências inerentes à vigilância da gravidez de baixo risco, nomeadamente na avaliação sistemática da grávida, monitorização de parâmetros materno-fetais, identificação precoce de sinais de alarme e referenciação atempada sempre que necessário. Paralelamente, desenvolvi competências na área da educação para a saúde, com enfoque na promoção de estilos de vida saudáveis, preparação para o trabalho de parto, amamentação e adaptação à parentalidade.

Neste contexto comunitário, o EEESMO assume-se como elemento estruturante na promoção da saúde sexual e reprodutiva, atuando não só ao nível da vigilância clínica, como também facilitador da literacia em saúde e da autonomia da mulher. A sua intervenção estende-se à articulação entre níveis de cuidados, assegurando continuidade assistencial e promovendo respostas integradas centradas na mulher, na família e na comunidade.

O acompanhamento atento e orientador da Enfermeira Especialista foi determinante para a ampliação dos meus conhecimentos nesta área, permitindo-me prestar cuidados mais holísticos, individualizados e sensíveis às reais necessidades da mulher no contexto comunitário. Esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora para o meu percurso enquanto futura EEESMO, alargando a minha perspetiva sobre a importância da prevenção de complicações, da promoção da saúde e da capacitação da mulher e da sua família ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), as Unidades de Cuidados na Comunidade são unidades próprias com autonomia funcional e técnica. Têm como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência. Atuam na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A prestação de cuidados em contexto comunitário exige uma abordagem holística e centrada na pessoa, alinhada com os princípios da promoção da saúde e da prevenção da doença. A literatura evidencia que a intervenção do EEESMO na comunidade tem um impacto significativo na melhoria dos indicadores de saúde materna, reduzindo complicações obstétricas e promovendo práticas parentais informadas (Khan et al., 2026).

A insuficiência de informação adequada durante a maternidade pode comprometer significativamente a vivência da gravidez, aumentando a ansiedade, a insegurança e o risco de tomadas de decisão pouco informadas. Muitas mulheres recorrem a fontes não fidedignas, como fóruns ou redes sociais, o que pode conduzir à desinformação e dificultar o desenvolvimento de uma parentalidade consciente e segura. Neste sentido, a literacia em saúde revela-se um fator determinante para o empoderamento da mulher grávida, permitindo-lhe compreender melhor as mudanças do seu corpo, os sinais de alerta e as opções disponíveis para os seus cuidados. A intervenção do EEESMO, ao promover informação clara, acessível e baseada na evidência, contribui diretamente para o aumento da literacia em saúde e para a construção de uma experiência materna mais segura e positiva. (Tavares, 2019)

Foi neste âmbito que tive a oportunidade de integrar e participar em diversas atividades desenvolvidas pela UCC, orientadas para a prevenção de complicações e promoção da saúde da mulher ao longo de todo o seu ciclo de vida. Esta vivência permitiu-me aprofundar as minhas competências comunicacionais, sustentadas numa abordagem baseada na evidência científica, na escuta ativa e na análise crítico-reflexiva. Tendo sempre como princípio orientador a centralidade na pessoa, procurei prestar cuidados que respeitassem a individualidade e a singularidade de cada mulher, reconhecendo e valorizando as suas escolhas, convicções e o seu contexto sociocultural. A proximidade criada neste tipo de intervenção revelou-se essencial para fortalecer a confiança, promover o empoderamento feminino e contribuir para decisões mais informadas e conscientes.

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade de participar ativamente na dinamização dos PPPP, tanto na vertente teórica como prática. Estes cursos, conforme delineado pela Direção-Geral da Saúde (2020), têm como objetivo capacitar os futuros pais, promovendo o desenvolvimento de competências que favoreçam uma vivência positiva da gravidez, parto e transição para a parentalidade. Através de sessões

interativas e multidisciplinares, os PPPP abordam temas como as alterações fisiológicas da gravidez, estratégias de alívio da dor, cuidados ao recém-nascido e adaptação emocional à parentalidade. A minha participação nestas sessões permitiu-me desenvolver competências comunicacionais e educativas, essenciais para a prática do EEESMO, desenvolvendo uma abordagem centrada na pessoa e baseada na evidência científica.

Adicionalmente, tive a oportunidade de observar uma sessão dos Cursos de Recuperação Pós-Parto (CRPP), também recomendados pela Direção-Geral da Saúde (2020). Estes cursos visam apoiar as mulheres no período pós-parto, promovendo a recuperação física e emocional, bem como a adaptação à nova dinâmica familiar. Durante a sessão observada, pude compreender a importância de abordar temas como o autocuidado, a amamentação, o vínculo afetivo com o recém-nascido e a prevenção de complicações no pós-parto. Esta experiência reforçou a minha perceção sobre a relevância de um acompanhamento contínuo e personalizado, que respeite as necessidades individuais de cada mulher e família durante o período de transição para a parentalidade.

Com base nas orientações da Direção-Geral da Saúde (2020) e em estudos recentes, a mobilidade durante o trabalho de parto é uma prática amplamente promovida nos PPPP, dada a sua influência positiva na evolução do parto e no bem-estar materno-fetal.

Durante o meu estágio na UCC, participei ativamente na dinamização prática dos PPPP. Nestas sessões, enfatizámos a importância da mobilidade e da adoção de posturas verticais durante o trabalho de parto, abordando temas como a utilização da bola de parto, exercícios de balanço pélvico e mudanças de posição. Estas práticas visam facilitar a progressão do trabalho de parto, reduzir a necessidade de intervenções obstétricas e proporcionar uma experiência de parto mais positiva para a mulher. Estudos demonstram que a mobilidade materna durante o trabalho de parto contribui para a eficácia da contratilidade uterina e para a descida e rotação da cabeça fetal, encurtando o primeiro estadiu do trabalho de parto (Yang et al., 2025).

A promoção da mobilidade durante o trabalho de parto é, portanto, uma estratégia fundamental nos PPPP, capacitando as mulheres para uma participação ativa e informada no seu processo de parto. A minha experiência na dinamização destas sessões reforçou a importância de educar e empoderar as futuras mães, proporcionando-

lhês ferramentas baseadas na evidência científica para uma vivência mais segura e positiva da maternidade.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de dinamizar consultas de vigilância da gravidez, no âmbito do ficheiro de utentes sem médico de família. Estas consultas, direcionadas a grávidas de baixo risco, foram sempre orientadas pelas recomendações do Guia Orientador de Boas Práticas: Gravidez e Adaptação à Gravidez (Gravidez de Baixo Risco), garantindo cuidados de qualidade, seguros e baseados na melhor evidência científica disponível. A abordagem adotada foi centrada na mulher, respeitando a sua individualidade, promovendo o vínculo e fomentando a sua autonomia na vivência da gravidez. (Cardoso et al., 2023)

Durante as consultas, realizei atividades específicas do EEESMO, nomeadamente a avaliação da altura do fundo do útero e a auscultação do foco fetal. Estas avaliações são fundamentais para monitorizar o crescimento fetal e o bem-estar do bebé ao longo da gestação. A realização destas intervenções exigiu não só precisão técnica, como também uma escuta ativa e empática, promovendo a confiança da grávida e fortalecendo a relação terapêutica.

Contudo, a minha intervenção junto do ficheiro de utentes sem médico de família não se limitou ao acompanhamento pré-natal. Tive também a oportunidade de participar em consultas de vigilância no pós-parto, momento crucial para a recuperação da mulher e para o acompanhamento da díade mãe-bebé. Nestas consultas, foram abordadas questões como a recuperação física e emocional, o planeamento familiar, o reinício da atividade sexual, a adaptação ao novo papel parental e a amamentação, temas centrais na promoção de uma transição positiva para a parentalidade.

A articulação entre os cuidados clínicos e o apoio emocional revelou-se essencial para uma escuta ativa, promovendo o empoderamento da mulher e fortalecendo a sua confiança nos cuidados recebidos. Destaco, ainda, a oportunidade de acompanhar a colocação de um implante subcutâneo, um método contraceptivo de longa duração. Esta experiência permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre contraceção no pós-parto, bem como refletir sobre a importância de proporcionar escolhas informadas e adequadas à realidade de cada mulher, respeitando os seus valores, contexto cultural e planos de vida.

No decorrer das consultas, prestei cuidados a um número significativo de

mulheres estrangeiras, muitas delas ainda em processo de regularização da sua permanência em Portugal. Este contexto exigiu uma atenção redobrada à dimensão cultural dos cuidados, procurando compreender e integrar as suas vivências, valores, tradições e expectativas em relação à gravidez e ao sistema de saúde.

Esta experiência sensibilizou-me para a importância de uma prática culturalmente competente, respeitando as necessidades específicas destas mulheres e promovendo a sua inclusão e autonomia. Foi fundamental garantir que compreendiam a informação transmitida, as propostas de cuidados e o funcionamento da rede de apoio disponível, contribuindo para uma gravidez mais segura e para o fortalecimento do seu vínculo com o sistema de saúde português. (Meleis, 2010)

Adicionalmente, tive oportunidade de participar em algumas consultas de apoio à amamentação, o que me permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver competências num dos pilares fundamentais dos cuidados em saúde materna.

Estas intervenções foram sempre orientadas por uma abordagem centrada na díade mãe-bebé, respeitando os desejos, expectativas e decisões da mulher, estimulando a sua autonomia e contribuindo para a construção de uma vivência positiva da amamentação. Enquanto futura EEESMO, reconheci a importância de uma atuação baseada na evidência, através da observação da mamada, do apoio à pega correta, do posicionamento adequado do bebé e da implementação de estratégias de alívio do desconforto. (Sequeira et al., 2020)

Para além das competências técnicas, estas consultas exigem uma escuta ativa, empática e livre de julgamentos, que permita criar um espaço seguro onde as mulheres se sintam acolhidas e compreendidas. Apesar de ter tido poucas oportunidades nesta área, foi uma experiência profundamente enriquecedora, que reforçou em mim a importância do apoio especializado nos primeiros dias e semanas após o parto, com impacto direto na confiança materna, no sucesso e na duração da amamentação.

Durante o meu estágio, tive ainda a oportunidade de participar nas atividades do plano de melhoria contínua do serviço, contribuindo ativamente para a análise, monitorização e implementação de estratégias orientadas pelos indicadores contratualizados pela UCC. Em particular, colaborei no acompanhamento dos indicadores 62 e 366, que dizem respeito à proporção de crianças que completam 1 ano de idade em aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses, respetivamente,

reconhecendo a importância de promover práticas de amamentação sustentadas e eficazes desde os primeiros dias de vida. Além disso, participei na avaliação do indicador 370, que mede a proporção de grávidas abrangidas pela UCC, o que me permitiu compreender a relevância de um acompanhamento precoce, contínuo e articulado durante a gravidez. Esta experiência reforçou a minha perceção sobre o impacto da monitorização de indicadores na qualidade dos cuidados prestados, permitindo ajustar intervenções, otimizar recursos e garantir melhores resultados em saúde materna e infantil.

Ao longo deste ensino clínico, participei em 101 consultas de vigilância de saúde materna e fetal, o que me permitiu desenvolver competências fundamentais nesta área e cumprir as experiências clínicas mínimas exigidas.

1.2 Enfermagem de Neonatologia

O ensino clínico em Enfermagem de Neonatologia decorreu numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCINP) de uma Unidade Local de Saúde, da Região Centro de Portugal, integrada no serviço de Pediatria, o qual engloba as valências de Internamento, Neonatologia (UCINP e berçário na maternidade), Ambulatório (Consulta Externa, Hospital de Dia e Unidade de Desenvolvimento) e Urgência Pediátrica. Esta unidade presta assistência a recém-nascidos com idade gestacional superior a 32 semanas completas que necessitam de cuidados diferenciados.

Este estágio teve a duração de três semanas, entre 24 de março e 9 de abril de 2025, sob orientação da Professora Doutora Paula Nelas e de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O ensino clínico centrou-se na aquisição e consolidação de conhecimentos, competências e práticas essenciais à prestação de cuidados ao recém-nascido de risco. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel determinante na estabilização clínica do recém-nascido, na monitorização da sua evolução e no acompanhamento da família, promovendo a capacitação do papel parental e contribuindo para uma resposta integrada às necessidades do binómio recém-nascido/família.

De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o nascimento de um recém-nascido de risco constitui uma transição complexa, na qual coexistem a adaptação fisiológica à vida extrauterina e o ajustamento parental a uma situação de vulnerabilidade

clínica. Segundo a autora, as transições exigem preparação, suporte e acompanhamento especializado, sendo o enfermeiro um facilitador essencial deste processo. Neste contexto, a intervenção diferenciada permite promover estabilidade clínica, segurança e adaptação saudável, tanto do recém-nascido como da família. (Meleis, 2010)

O serviço de Neonatologia é um contexto único, com características muito específicas que visam responder de forma eficaz e especializada às necessidades dos cuidados neonatais. A sua organização e estrutura estão orientadas para a estabilização fisiológica imediata do recém-nascido, tendo em consideração, de forma cada vez mais integrada, o seu desenvolvimento cerebral e motor. (Tamez, 2017)

Todos os recursos, tanto físicos como humanos, são direcionados para práticas neuroprotetoras, o que implica uma atenção rigorosa ao impacto de fatores como o ruído, a luz, a temperatura, a humidade e os procedimentos dolorosos. Paralelamente, este ambiente é também estruturado para promover a presença ativa dos pais nos cuidados, reconhecendo-os como elementos fundamentais da equipa cuidadora. (Tamez, 2017)

A atenção a todos estes fatores é essencial para minimizar o impacto negativo do internamento neonatal. A evidência científica demonstra que a exposição não controlada a estímulos ambientais adversos pode desencadear reações imediatas com consequências a longo prazo no desenvolvimento do recém-nascido. Por exemplo, a exposição do recém-nascido prematuro a níveis elevados de ruído pode provocar respostas comportamentais como sobressaltos, alterações no sono e instabilidade no estado de vigília, evidenciando o impacto negativo deste fator ambiental no seu bem-estar e neurodesenvolvimento (Oliveira et al., 2019).

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (2025), prematuridade refere-se ao nascimento de um recém-nascido antes das 37 semanas de gestação, sendo que a duração normal de uma gravidez oscila entre as 37 e as 42 semanas. Dependendo da idade gestacional, os recém-nascidos prematuros podem ser classificados em:

- Tardios: nascidos entre as 34 e as 36 semanas e 6 dias;
- Pré-termo moderado: nascidos entre as 32 e 33 semanas;
- Muito/grande pré-termo: nascidos entre as 28 e 32 semanas;
- Extremo pré-termo: nascidos antes das 28 semanas de idade gestacional.

A idade gestacional influencia o grau de imaturidade dos órgãos e sistemas do recém-nascido, afetando as suas características físicas e o risco de complicações. Os

recém-nascidos prematuros diferem dos recém-nascidos de termo, apresentando normalmente baixo peso, pele fina e brilhante, veias visíveis sob a pele e orelhas finas e moles. Além disso, manifestam respiração irregular e dificuldades alimentares. (SNS, 2024)

Devido à sua vulnerabilidade, os recém-nascidos prematuros necessitam de cuidados especializados que visam apoiar funções essenciais, como a manutenção da temperatura corporal, suporte respiratório e alimentação adequada. Foi neste contexto que prestei os meus cuidados, através de uma abordagem multidisciplinar, implementando intervenções baseadas em evidência científica. O objetivo foi garantir a adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino, prevenir complicações e oferecer suporte às famílias tanto durante a hospitalização quanto na transição para o domicílio.

O cuidado neonatal baseia-se nos cuidados centrados na família, que reconhecem o papel fundamental dos pais no bem-estar e desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, o modelo de Anne Casey destaca a importância da presença contínua da família no internamento, incentivando a sua participação ativa nos cuidados diários e assegurando que todas as intervenções respeitem os seus valores e necessidades. (OMS, 2022)

Adicionalmente, os cuidados prestados aos recém-nascidos de risco devem ser atraumáticos, ou seja, sem causar dano, sempre com a presença de um acompanhante e atendendo às manifestações do recém-nascido. Também é fundamental considerar os cuidados voltados para o desenvolvimento, cujo objetivo é minimizar o impacto do internamento, seguindo o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) (Tamez, 2017).

Este modelo visa proporcionar um ambiente mais acolhedor e favorável ao desenvolvimento dos recém-nascidos, especialmente os prematuros. Baseado na premissa de que os recém-nascidos respondem positivamente a cuidados que respeitem o seu ritmo e as suas necessidades individuais, promovendo a observação contínua dos comportamentos e sinais do recém-nascido. Através desta avaliação, os profissionais ajustam os seus cuidados e a sua interação de forma personalizada, com o objetivo de minimizar o impacto do ambiente neonatal e estimular o desenvolvimento neurocomportamental, favorecendo a estabilidade fisiológica e emocional do recém-nascido, bem como o envolvimento ativo dos pais nos cuidados. (Guimarães, 2015)

Destaco que, no início do meu ensino clínico, tive a excelente oportunidade de participar numa formação em serviço destinada aos profissionais de saúde do serviço de Pediatria. Uma das sessões foi focada nos cuidados a crianças em situações especiais, abordando a metodologia NIDCAP. Este momento foi fundamental para iniciar o meu estágio, pois permitiu-me relembrar e consolidar a teoria previamente adquirida, ao mesmo tempo que me empoderou e sensibilizou para a importância dos cuidados diferenciados no serviço de Neonatologia.

Este campo de estágio permitiu-me compreender, de forma integrada e cronológica, o percurso do recém-nascido de risco, desde o seu desenvolvimento *in utero*, passando pelo trabalho de parto e parto, até à sua chegada à UCINP. Esta compreensão é essencial para reconhecer os fatores que podem influenciar a sua adaptação extrauterina e, consequentemente, o seu estado clínico à admissão.

Tive a oportunidade de participar ativamente nos cuidados prestados ao recém-nascido no momento da admissão ao serviço, onde é aplicada a abordagem sistemática ABCDE (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição), fundamental para a avaliação rápida e eficaz das suas condições vitais.

Destaco a importância de conhecer a história obstétrica da mãe, bem como os fatores associados ao trabalho de parto e parto, pois estes dados são cruciais para a personalização dos cuidados e para a antecipação de possíveis complicações. Como futura EEESMO, esta abordagem holística reforçou a minha capacidade de prestar cuidados mais seguros, individualizados e humanizados, promovendo a saúde do recém-nascido e fortalecendo a articulação com a família desde o primeiro momento.

Ao longo destas três semanas de ensino clínico, tive a oportunidade de desenvolver e consolidar diversas competências essenciais no cuidado ao recém-nascido de risco, através da prática diária e da observação crítica. A minha intervenção abrangeu várias áreas fundamentais, nomeadamente: cuidados com a pele e higiene, avaliação hemodinâmica contínua, promoção da estabilidade térmica, preparação e administração segura de medicamentos, bem como de nutrição enteral.

Paralelamente, aprofundei conhecimentos no controlo e prevenção da dor neonatal, promovi o contacto pele com pele e o aleitamento materno sempre que possível, respeitando o ritmo e as necessidades da díade. Tive ainda a oportunidade de aplicar técnicas de posicionamento e contenção, fundamentais para o conforto e

neurodesenvolvimento do recém-nascido. Esta experiência permitiu-me consolidar uma prática baseada na evidência, sensível às necessidades clínicas, emocionais e relacionais do bebê e da sua família.

No âmbito da promoção do desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido prematuro, o programa NIDCAP reconhece o método canguru como uma estratégia central no cuidado individualizado e humanizado ao neonato de alto risco. Esta prática, baseada no contacto pele com pele entre o recém-nascido e os seus pais, preferencialmente a mãe, tem demonstrado benefícios significativos ao nível da regulação térmica, estabilidade cardiorrespiratória, qualidade do sono, vínculo afetivo e sucesso do aleitamento materno (Tamez, 2017).

A implementação do método canguru deve respeitar critérios clínicos e contextuais, sendo ajustada à idade gestacional, peso, gravidade da patologia, estabilidade hemodinâmica do recém-nascido e, igualmente, à disponibilidade emocional e física dos pais para o exercerem. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça a importância desta intervenção, considerando-a um padrão de excelência nos cuidados neonatais e recomendando-a como prática prioritária para a melhoria dos desfechos clínicos dos recém-nascidos prematuros. (Tamez, 2017).

Associado ao método canguru, destaca-se também o papel fundamental do aleitamento materno, que, além de fornecer todos os nutrientes necessários ao recém-nascido, oferece proteção imunológica e favorece o vínculo entre mãe e recém-nascido. O leite humano é um líquido vivo, rico em células e substâncias bioativas que se adaptam às necessidades do lactente, sendo mais facilmente digerido e absorvido. A prática do contacto pele com pele estimula a produção de ocitocina, hormona que favorece a descida do leite e fortalece a ligação afetiva, promovendo um ambiente propício ao sucesso da amamentação. (Tamez, 2017).

Esta abordagem, ao mesmo tempo científica e afetiva, reforçou em mim, a importância de integrar os pais no cuidado, respeitando o tempo do recém-nascido e promovendo o vínculo mesmo em contexto de internamento.

Neste contexto, a educação para a saúde assume um papel fundamental não só na integração dos pais nos cuidados do recém-nascido, mas também na sua capacitação para a continuidade desses cuidados após a alta hospitalar. Promover o envolvimento ativo e informado dos pais permite reduzir a ansiedade, reforçar a autoconfiança e garantir uma

transição mais segura e tranquila para o domicílio. Durante o estágio, pude constatar a importância de fornecer ensinamentos adequados, progressivos e adaptados ao ritmo de cada família, promovendo um ambiente de proximidade e escuta ativa. Entre os conteúdos mais frequentemente abordados destacam-se os cuidados de higiene e o banho, onde se ensina a técnica segura, a regulação da temperatura da água e do ambiente, assim como o momento oportuno para o realizar. Relativamente à alimentação, os ensinamentos centram-se na promoção do aleitamento materno ou, quando necessário, na preparação e administração de leite artificial. No que diz respeito aos sinais de alarme, torna-se essencial orientar os pais sobre os sinais de alarme que exigem vigilância e eventual procura de cuidados de saúde, tais como dificuldades respiratórias, alterações na coloração da pele e febre. Estes momentos de ensino são oportunidades privilegiadas para fortalecer o vínculo entre a equipa e a família, garantindo que os pais se sintam confiantes e preparados para cuidar do seu filho de forma segura.

Ao longo do campo de estágio, aprofundei o meu conhecimento sobre a icterícia neonatal, uma condição frequente nos recém-nascidos, manifestada pela coloração amarelada da pele e das mucosas, resultante do acúmulo de bilirrubina no sangue. Nos recém-nascidos pré-termo, a hiperbilirrubinemia revela-se mais prevalente, severa e prolongada do que nos de termo, devido à imaturidade dos eritrócitos, do fígado e do trato gastrointestinal. (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013)

Acrescenta-se a este contexto o atraso na alimentação enteral, frequentemente observado nos prematuros por dificuldades na coordenação da sucção e deglutição. Essa limitação contribui para um trânsito intestinal mais lento e para uma flora intestinal menos desenvolvida, prolongando a permanência do mecónio, rico em bilirrubina, no intestino. Tal situação favorece a reabsorção da bilirrubina e intensifica a circulação entero-hepática, perpetuando o quadro de hiperbilirrubinemia. (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013)

Perante este cenário, torna-se essencial implementar estratégias de prevenção e intervenção precoce, com especial destaque para a introdução gradual e segura da alimentação enteral, que promove o peristaltismo, favorece o desenvolvimento da microbiota intestinal e reduz a reabsorção da bilirrubina. Paralelamente, a monitorização rigorosa dos níveis séricos de bilirrubina e a avaliação contínua da função hepática são cruciais para a deteção precoce da icterícia patológica, prevenindo complicações neurológicas graves. (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013)

1.3 Enfermagem em Patologia Materno-Fetal

O ensino clínico em Enfermagem em Patologia Materno-Fetal decorreu na ala da Patologia da Gravidez, integrada no serviço de Ginecologia/Obstetrícia, numa das Unidades Locais de Saúde, na Região Centro de Portugal. Durante este período, estive exclusivamente afeta à unidade de Patologia da Gravidez, ao longo de três semanas, entre 19 de maio e 6 de junho de 2025, sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas e de uma EEESMO.

O estágio centrou-se na aquisição, consolidação e aprofundamento de conhecimentos e competências essenciais à prestação de cuidados especializados à grávida com patologia e à grávida submetida a indução do trabalho de parto. Neste contexto, o EEESMO assume um papel determinante na vigilância da saúde materna e fetal, na deteção precoce de sinais de agravamento clínico, na promoção de um ambiente seguro e acolhedor durante a hospitalização e no apoio emocional e informativo à mulher e à família.

À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, a vivência de uma gravidez com patologia configura uma transição do tipo saúde-doença, frequentemente inesperada, que pode comprometer o sentimento de segurança e controlo da mulher. A hospitalização e a necessidade de vigilância acrescida implicam processos de adaptação física e emocional, exigindo acompanhamento especializado. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista assume-se como facilitadora de uma transição mais segura, promovendo estabilidade clínica, suporte emocional e capacitação da mulher para lidar com a sua condição de saúde. (Meleis, 2010)

A prestação de cuidados neste contexto exigiu uma abordagem holística, humanizada e baseada na evidência científica, respeitando os valores, escolhas e necessidades da grávida. A complexidade clínica e emocional associada à gravidez com patologia ou à indução do trabalho de parto exige sensibilidade relacional, pensamento crítico-reflexivo e competência técnica, de forma a garantir uma intervenção segura, eficaz e centrada na mulher.

Durante o meu estágio, tive a oportunidade de cuidar de grávidas com patologias que exigem uma vigilância clínica contínua, diferenciada e centrada nas necessidades específicas de cada mulher. As situações mais frequentes com que contactei foram a Diabetes Gestacional, a Hipertensão Crónica, a Hipertensão Gestacional e a Pré-

Eclâmpsia. Estas patologias maternas representam um risco acrescido de complicações, como a restrição do crescimento intrauterino, o parto pré-termo, o sofrimento fetal e até situações potencialmente graves para a mãe, o que torna essencial uma abordagem clínica rigorosa, sistemática e multidisciplinar.

Estes contextos clínicos exigiram de mim uma atenção redobrada e permitiram-me desenvolver competências fundamentais na observação, planeamento e implementação de cuidados individualizados, sempre ajustados à complexidade de cada caso e em articulação com a restante equipa de saúde.

Os cuidados prestados incluíram a monitorização rigorosa dos sinais vitais maternos fundamentais para a deteção precoce de alterações hemodinâmicas, particularmente relevantes em grávidas com distúrbios hipertensivos ou com rotura prematura das membranas. Paralelamente, realizei a vigilância da glicemia capilar, especialmente em mulheres com diagnóstico de Diabetes Gestacional, garantindo o controlo metabólico necessário para prevenir complicações como a macrosomia fetal ou a hipoglicemia. A monitorização do peso e da eliminação vesical foi também realizada regularmente, sendo especialmente importante na deteção de edemas, em grávidas com distúrbios hipertensivos, prevenindo o agravamento do seu estado clínico. (Graça, 2017)

No que respeita ao bem-estar fetal, acompanhei diariamente a vigilância dos movimentos fetais e a realização de cardiotocografias. O registo cardiotocográfico revelou-se uma ferramenta essencial para a monitorização da frequência cardíaca fetal, permitindo analisar a variabilidade, a presença de acelerações e desacelerações, e assim identificar precocemente situações de sofrimento fetal ou sinais de má adaptação intrauterina. (Graça, 2017)

Através das cardiotocografias, também monitorizei a dinâmica uterina (frequência, duração e intensidade das contrações), essencial nos cuidados às grávidas submetidas à indução do trabalho de parto. Nestes casos, a avaliação contínua da atividade uterina e da resposta fetal à mesma foi determinante para garantir a segurança do processo e orientar intervenções clínicas adequadas, sempre com o objetivo de favorecer uma evolução fisiológica e respeitadora do parto.

A indução do trabalho de parto é frequentemente proposta às grávidas que atingem as 41 semanas de gestação sem que o trabalho de parto se inicie de forma

espontânea, com o objetivo de reduzir o risco de complicações maternas e perinatais associadas à gravidez prolongada, como a diminuição do líquido amniótico, o aumento da morbidade perinatal ou a insuficiência placentária (Graça, 2017). No entanto, existem situações em que a indução é considerada mais precocemente, especialmente em grávidas com patologias que possam comprometer o bem-estar materno-fetal.

Entre essas situações estão a Diabetes Gestacional, os distúrbios hipertensivos, a restrição do crescimento intrauterino, a rotura prematura de membranas sem trabalho de parto espontâneo e outras condições clínicas maternas ou fetais que indicam risco aumentado com a manutenção da gestação. Nestes casos, a decisão de induzir o parto antes do termo é cuidadosamente avaliada de forma multidisciplinar, considerando-se a maturidade fetal, o estado clínico da mãe e os potenciais benefícios e riscos envolvidos. (Graça, 2017)

A indução nestes contextos visa garantir a segurança de ambos, promovendo o nascimento num momento considerado mais seguro, prevenindo o agravamento da patologia subjacente ou o surgimento de complicações agudas.

Ao longo destas semanas, prestei cuidados a grávidas com diferentes métodos de indução, sendo que a escolha do método depende de vários fatores, incluindo os antecedentes obstétricos, as condições cervicais e o contexto clínico atual da grávida. Os métodos farmacológicos mais utilizados foram o misoprostol, administrado por via vaginal e oral, e a dinoprostona, dispositivo vaginal de libertação controlada. Estes fármacos atuam promovendo a maturação cervical e o início das contrações uterinas. Para além dos métodos farmacológicos, observei também o uso da sonda vesical, um método mecânico de indução que promove a dilatação cervical por pressão direta. (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022)

Durante o estágio, tive também oportunidade de ver a técnica da amniotomia, frequentemente utilizada como método de aceleração do trabalho de parto em colos uterinos já favoráveis. A amniotomia consiste na rotura artificial das membranas e atua promovendo o aumento da contratilidade uterina através de diversos mecanismos fisiológicos. Esta intervenção provoca a diminuição do líquido amniótico, o que aumenta a pressão exercida pelo polo cefálico sobre o colo do útero, estimulando mecanicamente a progressão do trabalho de parto. Além disso, induz um aumento na produção e libertação de prostaglandina E₂ e ocitocina endógena, hormonas fundamentais na modulação da atividade uterina. A conjugação destes fatores favorece

o início ou aceleração do trabalho de parto, contribuindo para uma evolução mais eficaz e monitorizada, sempre com a devida avaliação da segurança materno-fetal. (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022)

Nas grávidas em trabalho de parto, quer este tenha ocorrido de forma espontânea ou induzida, acompanhei todo o processo desde o acolhimento na unidade até à transferência para a sala de partos. Assegurei o seu bem-estar proporcionando estratégias para alívio da dor, recorrendo a métodos não farmacológicos como massagem, mobilização, uso do chuveiro com água morna e exercícios com a bola de Pilates, garantindo o seu conforto e o controlo da dor de forma ativa e respeitadora. Quando clinicamente indicado e a mulher o solicitava, acompanhei também a administração de métodos farmacológicos, como analgésicos sistémicos ou, em casos previamente pretendidos, a realização da anestesia epidural (já em contexto sala de partos). Administrei ainda terapêutica essencial, como a penicilina endovenosa, nos casos de grávidas com serologia positiva ao estreptococo do grupo B, de forma a reduzir o risco de transmissão vertical ao recém-nascido (Graça, 2017).

Realizei ainda a observação das modificações cervicais e da progressão da descida da apresentação fetal através do toque vaginal, um procedimento essencial na vigilância do trabalho de parto. A avaliação cervical incluiu parâmetros fundamentais como a dilatação, o apagamento, a consistência, a posição do colo e o grau de descida da apresentação fetal em relação às espinhas isquiáticas. Estes parâmetros permitiram a aplicação do índice de Bishop, uma ferramenta amplamente utilizada na prática clínica para estimar a favorabilidade cervical. Esta avaliação periódica revelou-se crucial para o planeamento e decisão clínica durante o acompanhamento das grávidas em trabalho de parto permitindo adaptar os cuidados consoante a evolução do mesmo. (Graça, 2017)

Destaco ainda, que durante o estágio, prestei cuidados perante gravidez gemelar, uma situação que representa, por si só, uma gestação de risco acrescido e que requer uma vigilância mais estreita e diferenciada. A presença de dois fetos implica uma maior exigência hemodinâmica e metabólica para a mãe, aumentando o risco de complicações como aborto, parto pré-termo, restrição do crescimento intrauterino, entre outras (Graça, 2017). Um dos principais desafios que senti foi precisamente o posicionamento adequado dos transdutores durante as cardiotocografias, exigindo atenção redobrada para garantir a distinção entre os dois batimentos cardíacos.

Adicionalmente, colaborei com o serviço na revisão e atualização dos folhetos

informativos do serviço, abordando temáticas como o trabalho de parto (Apêndice III), a alimentação saudável na gravidez (Apêndice IV) e os distúrbios hipertensivos da gravidez (Apêndice V). Tendo em conta o aumento da população imigrante na área de abrangência do hospital, procedemos também à tradução dos folhetos para inglês, com o objetivo de promover uma comunicação mais acessível e inclusiva. Considero que esta experiência representou uma mais-valia no meu percurso formativo, permitindo-me aprofundar conhecimentos atualizados sobre áreas fundamentais da vigilância materno-fetal, ao mesmo tempo que desenvolvia competências em literacia em saúde e comunicação em contexto multicultural.

Ao longo dos campos de estágio, participei na prestação de cuidados a parturientes e puérperas em contexto de risco, integrando um total de 69 cuidados a mulheres em situação de risco, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências diferenciadas e para o cumprimento das experiências clínicas mínimas exigidas.

1.4 Enfermagem em Sala de Partos

O ensino clínico em Enfermagem em Sala de Partos decorreu no Bloco de Partos, integrado no serviço de Ginecologia/Obstetrícia, de uma Unidade Local de Saúde, na Região Centro de Portugal. Durante este período, estive exclusivamente afeta ao Bloco de Partos, ao longo de dezoito semanas, entre 9 de junho e 10 de outubro de 2025, sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas e de duas EEESMO.

O estágio centrou-se na aquisição, consolidação e aprofundamento de conhecimentos e competências essenciais à prestação de cuidados especializados à grávida em trabalho de parto e parto, bem como à puérpera e ao recém-nascido, em contextos de normalidade e de risco. Neste contexto, o EEESMO assume um papel determinante na vigilância contínua da saúde materna e fetal, na deteção precoce de alterações ou sinais de agravamento clínico e na implementação de intervenções fundamentadas na evidência científica, visando a segurança e o bem-estar de ambos.

Paralelamente, o enfermeiro especialista contribui para a criação de um ambiente humanizado, seguro e acolhedor no bloco de partos, assegurando um acompanhamento holístico que integra o apoio emocional, informativo e físico à mulher e à sua família, com respeito pela fisiologia do parto e pela individualidade de cada experiência.

De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o trabalho de parto e o nascimento configuram-se como uma transição situacional intensa e transformadora, marcada por profundas mudanças físicas, emocionais e relacionais. Este momento implica adaptação imediata a novos papéis e responsabilidades, exigindo suporte especializado que favoreça uma experiência positiva e segura. A intervenção do enfermeiro especialista assume-se, assim, como facilitadora de uma transição saudável, promovendo confiança, empowerment e integração harmoniosa da experiência do nascimento na trajetória de vida da mulher e da família. (Meleis, 2010)

A prestação de cuidados neste contexto exigiu uma abordagem holística, humanizada e sustentada na evidência científica, respeitando os valores, escolhas e necessidades únicas de cada parturiente. A complexidade clínica, emocional e relacional inerente ao processo de trabalho de parto e parto requer do enfermeiro especialista uma postura de sensibilidade, empatia e escuta ativa, aliada a um pensamento crítico-reflexivo e a competências técnicas avançadas. Só através desta integração é possível garantir uma intervenção segura, eficaz e verdadeiramente centrada na mulher, promovendo a sua autonomia, confiança e protagonismo no processo de nascimento.

O plano de partos constitui uma ferramenta valiosa na promoção da autonomia e do empoderamento da parturiente, permitindo-lhe expressar as suas preferências e escolhas relativamente ao processo de nascimento. A sua discussão favorece uma relação de confiança entre a parturiente e a equipa de saúde, reforçando a comunicação e o respeito mútuo. Durante o estágio, reconheci a importância deste instrumento na humanização dos cuidados e na valorização do protagonismo da mulher no parto, assegurando que as suas decisões são escutadas e consideradas sempre que clinicamente possível. Estes contextos clínicos exigiram de mim uma atenção redobrada e permitiram-me desenvolver competências fundamentais na observação, planeamento e implementação de cuidados individualizados, ajustados à complexidade de cada situação e em articulação constante com a restante equipa de saúde. (World Health Organization, 2017)

A discussão do plano de partos ocorria essencialmente no momento de integração da parturiente no bloco de partos, constituindo um momento privilegiado de escuta e partilha de expectativas. Este diálogo inicial permitia compreender as preferências da mulher relativamente à posição para o parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor, presença do acompanhante, contacto pele a pele, entre

outros aspetos relevantes para a sua vivência do nascimento. Contudo, ao longo de todo o internamento, o plano de partos era frequentemente retomado e reavaliado, adaptando-se à evolução clínica e às necessidades da mulher e do casal. Esta dinâmica de ajustamento contínuo revelou-se fundamental para assegurar cuidados flexíveis, individualizados e centrados na mulher.

Outro dos parâmetros essenciais na integração da parturiente no serviço é a vigilância contínua cardiotocográfica, uma das intervenções primordiais no bloco de partos. Esta prática permitiu-me compreender a importância da monitorização constante e rigorosa da mulher e do feto durante o trabalho de parto. O registo cardiotocográfico revelou-se uma ferramenta fundamental na avaliação da frequência cardíaca fetal, possibilitando a análise da variabilidade, da presença de acelerações e desacelerações e, deste modo, a identificação precoce de sinais de sofrimento fetal ou de má adaptação intrauterina. Paralelamente, a monitorização da dinâmica uterina, nomeadamente a frequência, duração e intensidade das contrações, mostrou-se determinante para a análise da progressão do trabalho de parto e para a segurança materno-fetal. Nas situações de indução do trabalho de parto, esta avaliação contínua assumiu particular relevância, permitindo ajustar intervenções clínicas de forma oportuna e promover uma evolução fisiológica, segura e respeitadora do processo de nascimento. (Néné et al., 2016)

Muitas das mulheres admitidas no bloco de partos encontravam-se já em processo de indução do trabalho de parto iniciado no internamento, recorrendo a métodos farmacológicos ou mecânicos. Nesses casos, a continuidade da indução era frequentemente realizada através da administração de oxitocina endovenosa, com o objetivo de otimizar a dinâmica uterina e promover a progressão do trabalho de parto. Contudo, durante este procedimento, uma das complicações mais frequentemente observadas foi a ocorrência de hipertonia uterina, caracterizada por uma contratilidade excessiva, com potencial impacto negativo no bem-estar fetal (Néné et al., 2016). Perante estas situações, a monitorização contínua da dinâmica uterina e da resposta fetal assumiu particular importância, permitindo a identificação precoce de alterações no traçado cardiotocográfico. Sempre que necessário, procedia-se à suspensão temporária da perfusão de oxitocina e à administração de salbutamol por via endovenosa, medida terapêutica que visa promover o relaxamento da musculatura uterina e restaurar um padrão contrátil adequado (Ministério da Saúde e da Segurança Social, 2018). Estas

situações permitiram-me consolidar competências na interpretação do traçado cardiotocográfico, na atuação célere e fundamentada perante alterações da normalidade e na articulação eficaz com a equipa médica e de enfermagem, assegurando uma intervenção segura e centrada na fisiologia do parto.

Saliento ainda que, em relação ao registo cardiotocográfico, atualmente com a utilização de sondas dotadas de sistema Bluetooth, é possível garantir uma maior liberdade de movimento à parturiente, favorecendo posições verticais e o seu conforto, sem comprometer a qualidade da monitorização fetal. No entanto, em algumas situações clínicas específicas, nomeadamente quando o registo externo não apresenta uma leitura fidedigna, torna-se necessária a colocação de monitorização interna através de um elétrodo fetal (Néné et al., 2016). A experiência nestas situações possibilitou-me desenvolver destreza técnica, capacidade de decisão e compreensão aprofundada dos critérios que orientam a escolha do tipo de monitorização mais adequado, sempre com o objetivo de garantir a segurança materno-fetal e a qualidade dos cuidados prestados.

Outro dos parâmetros essenciais na integração da parturiente no serviço é a vigilância da dor, enquanto componente fundamental da experiência de parto e indicador relevante do bem-estar materno. A avaliação da dor foi realizada de forma contínua, o que permitiu acompanhar a sua evolução ao longo do trabalho de parto, possibilitando não só a adequação nas estratégias de alívio da dor, mas também o reconhecimento da importância de uma abordagem individualizada e centrada nas preferências da mulher. Durante o estágio, tive oportunidade de participar nos cuidados durante a colocação do cateter epidural, intervindo em todo o processo desde a preparação do material e posicionamento da parturiente, até à administração da analgesia e monitorização subsequente. Estas experiências permitiram-me compreender a importância da comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem, o anestesista e a parturiente, bem como os cuidados de vigilância a realizar após a sua colocação, nomeadamente a monitorização dos sinais vitais, sensibilidade e mobilidade dos membros inferiores (Direção-Geral da Saúde, 2024). A vivência destes momentos reforçou a minha perceção sobre o impacto positivo da analgesia epidural no conforto materno, sem descuidar a necessidade de uma vigilância rigorosa e de um acompanhamento contínuo.

Simultaneamente, tive oportunidade de realizar a técnica da amniotomia, frequentemente utilizada como método de aceleração do trabalho de parto em colos uterinos já favoráveis. A amniotomia consiste na rotura artificial das membranas e atua

promovendo o aumento da contratilidade uterina através de diversos mecanismos fisiológicos. Esta intervenção provoca a diminuição do líquido amniótico, o que aumenta a pressão exercida pelo polo cefálico sobre o colo do útero, estimulando mecanicamente a progressão do trabalho de parto. Além disso, induz um aumento na produção e libertação de prostaglandina E2 e ocitocina endógena, hormonas fundamentais na modulação da atividade uterina. A conjugação destes fatores favorece o início ou aceleração do trabalho de parto, contribuindo para uma evolução mais eficaz e monitorizada, sempre com a devida avaliação da segurança materno-fetal. (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022)

Ao longo do campo de estágio, prestei cuidados de enfermagem a grávidas com patologia, entre as quais se destacam a diabetes gestacional, os distúrbios hipertensivos da gravidez, a restrição do crescimento intrauterino, a rotura prematura de membranas, alterações do líquido amniótico como hidrâmnios e oligoâmnios, episódios de febre intraparto e situações de hepatite B. Estas condições exigem uma vigilância contínua e uma intervenção oportuna, uma vez que podem afetar tanto a evolução do trabalho de parto como o bem-estar fetal. No âmbito da terapêutica, administrei fármacos essenciais, incluindo a penicilina endovenosa em grávidas com serologia positiva para estreptococo do grupo B, contribuindo para a prevenção da transmissão vertical ao recém-nascido e assegurando cuidados baseados na evidência científica (Graça, 2017). A experiência nestes contextos permitiu-me consolidar competências na avaliação clínica, na monitorização materno-fetal e na execução segura de intervenções específicas, reforçando a minha capacidade de atuar de forma autónoma e em articulação com a equipa multidisciplinar.

Realizei ainda a observação das modificações cervicais e da progressão da descida da apresentação fetal através do toque vaginal, um procedimento essencial na vigilância do trabalho de parto. A avaliação cervical incluiu parâmetros fundamentais como a dilatação, o apagamento, a consistência, a posição do colo e o grau de descida da apresentação fetal em relação às espinhas isquiáticas. Estes parâmetros permitiram a aplicação do índice de Bishop, uma ferramenta amplamente utilizada na prática clínica para estimar a favorabilidade cervical. Esta avaliação periódica revelou-se crucial para o planeamento e decisão clínica durante o acompanhamento das grávidas em trabalho de parto permitindo adaptar os cuidados consoante a evolução do mesmo. (Graça, 2017)

No momento do parto, a observação e a compreensão das características do

períneo e da sua elasticidade mostraram-se essenciais para a planificação das intervenções e para a promoção de um parto seguro e fisiológico. Durante o estágio, tive oportunidade de promover medidas protetoras da integridade perineal, bem como acompanhar situações em que foram necessárias episiotomias para facilitar a saída fetal, reforçando a importância de uma avaliação criteriosa e de intervenções oportunas para prevenir complicações materno-fetais. Paralelamente, promovi e acompanhei parturientes na adoção de diferentes posições, tendo tido a oportunidade de assistir a um parto com a mulher em quatro apoios, o que permitiu observar como a mobilidade materna favorece o alinhamento da apresentação fetal, a progressão do parto e o conforto da parturiente (Néné et al., 2016). Durante todo o processo, incentivei a utilização de técnicas respiratórias e reforcei a importância do papel do acompanhante, proporcionando apoio contínuo, encorajamento e segurança emocional. Esta experiência permitiu-me compreender a relevância da adaptação do cuidado à fisiologia individual de cada parto, promovendo simultaneamente a segurança, o conforto materno e a humanização da experiência de nascimento.

Durante o período expulsivo, os esforços maternos assumem um papel determinante na progressão e no sucesso do parto. O apoio contínuo à mulher neste momento revelou-se essencial para a coordenação eficaz entre as contrações e os períodos de expulsão, favorecendo a descida e a rotação fetal. Acompanhei diversas situações em que foi necessário orientar e ajustar os esforços expulsivos, o que reforçou a importância da comunicação terapêutica e da escuta ativa na otimização da colaboração materna e na prevenção de traumatismos perineais. Após a libertação da cabeça fetal, é fundamental avaliar a presença de circulares cervicais, situações que requerem intervenção imediata, orientando a parturiente a interromper temporariamente os esforços e procedendo, se necessário, à laqueação e secção do cordão umbilical, procedimentos que tive oportunidade de realizar sob supervisão. Posteriormente, durante a libertação dos ombros, recorri e observei a aplicação de técnicas adequadas à dinâmica do parto, assegurando uma saída controlada e segura do recém-nascido, em alinhamento com as boas práticas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (Sequeira et al., 2020)

Tive ainda a oportunidade de vivenciar uma distócia de ombros, na qual foram aplicadas as manobras de McRoberts e pressão suprapúbica, resolvendo-se o caso em menos de um minuto. Esta experiência foi particularmente enriquecedora, permitindo-

me reconhecer a importância da atuação célere, coordenada e fundamentada na evidência científica, bem como do trabalho em equipa na resolução de emergências obstétricas, garantindo a segurança materno-fetal. (Sequeira et al., 2020)

Imediatamente após o nascimento do recém-nascido, ocorre a dequitação, correspondente à expulsão da placenta e das membranas, marcando o final do parto. Nesta fase, realizei a colheita de sangue do cordão umbilical, um procedimento de grande importância clínica que permite a determinação do fator Rh, a realização de gasometrias (fundamentais para avaliar o equilíbrio ácido-base e o estado de oxigenação fetal) e, em alguns casos, a colheita de sangue para armazenamento de células estaminais, mediante consentimento informado dos pais. Após o pinçar do cordão, procedi à massagem uterina e à tração controlada do cordão umbilical, técnicas essenciais para facilitar a dequitação e prevenir a hemorragia pós-parto, promovendo uma contração eficaz do útero (Sequeira et al., 2020). A inspeção minuciosa da placenta e das membranas revelou-se igualmente fundamental, permitindo confirmar a sua integridade e assegurar que não permanecem restos placentários no interior da cavidade uterina, o que poderia comprometer a recuperação materna.

Durante o estágio, tive oportunidade de assistir a uma situação de retenção placentária, em que, apesar das manobras e estímulos realizados, a placenta não foi expulsa espontaneamente, tendo sido necessário encaminhar a parturiente para o bloco operatório para remoção manual sob anestesia. Este episódio reforçou a importância da vigilância contínua, da identificação precoce de complicações e da atuação em equipa, garantindo uma resposta rápida e segura para a mulher.

Após a dequitação, procede-se à avaliação minuciosa do canal de parto, com o objetivo de identificar possíveis lacerações, bem como verificar o local de uma eventual episiotomia. Durante o estágio, observei e participei na correção de episiotomias bem como lacerações de 1.º, 2.º e 3.º grau, o que me permitiu consolidar competências na observação anatómica e na realização de suturas. Nos casos em que a mulher não dispunha de analgesia epidural, procedi à infiltração de anestesia local, assegurando o controlo da dor e a promoção do conforto materno durante o procedimento de reparação tecidular.

A administração de ocitocina após a dequitação revelou-se uma intervenção essencial, contribuindo para a contração eficaz do útero e a prevenção da hemorragia pós-parto, uma das principais causas de morbilidade materna. Apesar das medidas

preventivas, tive oportunidade de acompanhar uma situação de hemorragia pós-parto associada a lipotimia, que exigiu uma atuação imediata e coordenada da equipa, com a monitorização rigorosa dos sinais vitais, manutenção da permeabilidade venosa, administração de terapêutica adequada e vigilância contínua do tónus uterino. Este episódio reforçou a importância da prontidão, da observação clínica constante e da atuação fundamentada em protocolos de emergência obstétrica, garantindo a segurança e a estabilidade hemodinâmica da mulher. (Sequeira et al., 2020)

Nos cuidados imediatos ao recém-nascido, o clampeamento e corte do cordão umbilical constituem os primeiros procedimentos, sendo a sua execução realizada em conformidade com a adaptação neonatal e a estabilidade clínica. Uma vez assegurados os parâmetros vitais, é incentivado o contacto pele a pele com a mãe, momento de extrema importância para a regulação térmica, estabilização cardiorrespiratória e início do vínculo afetivo (Sequeira et al., 2020). Durante o estágio, acompanhei situações que exigiram uma vigilância neonatal acrescida, nomeadamente presença de líquido amniótico meconial, partos auxiliados por ventosa e recém-nascidos provenientes de cesariana, em que a observação rigorosa dos sinais de adaptação extrauterina, a manutenção da via aérea permeável e o controlo térmico foram fundamentais para garantir a estabilidade do bebé. Em todas estas circunstâncias, a articulação com a equipa médica e a atuação célere mostraram-se determinantes para a prestação de cuidados seguros e eficazes. Procedi ainda à administração profilática de vitamina K, essencial para a prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido (Direção-Geral da Saúde, 2024).

Após asseguradas as condições de bem-estar da puérpera e do recém-nascido, promovi o início precoce da amamentação, destacando o papel fundamental da “golden hour” período em que se favorece o contacto contínuo entre mãe e bebé, fortalecendo o vínculo, estimulando a produção de ocitocina e contribuindo para uma transição suave para a vida extrauterina (Sequeira et al., 2020).

No puerpério imediato, a vigilância da puérpera assume um papel determinante na prevenção de complicações e na promoção de uma recuperação segura e fisiológica. Neste período, é fundamental a avaliação do globo de segurança de Pinard, indicador essencial da involução uterina e da eficácia da contração do útero após a dequitação. A palpação abdominal permitiu-me identificar precocemente alterações no tónus uterino, procedendo à massagem uterina sempre que necessário, com o objetivo de promover a

contração e prevenir hemorragias. Realizei ainda a vigilância dos lóquios, observando a sua quantidade, cor, odor e características, parâmetros indispensáveis para a detecção precoce de sinais de hemorragia ou infecção puerperal. Paralelamente, efetuei a monitorização dos sinais vitais, garantindo uma avaliação contínua do estado hemodinâmico e geral da mulher. Esta observação sistemática revelou-se essencial para a identificação precoce de alterações e para a atuação célere em caso de instabilidade. (Sequeira et al., 2020)

Após um período de vigilância de aproximadamente duas horas no bloco de partos, e assegurada a estabilidade materna e neonatal, procedi à transferência da puérpera e do recém-nascido para o internamento. Este momento foi acompanhado pela transmissão estruturada de informação à equipa de enfermagem do serviço de puerpério, assegurando a continuidade dos cuidados e a segurança da díade mãe-bebé.

Ao longo do estágio, estive envolvida em diversas situações clínicas de maior complexidade, que exigiram uma resposta rápida, fundamentada e colaborativa com a equipa multidisciplinar. Para além das cesarianas eletivas, acompanhei cesarianas de emergência, motivadas por diferentes indicações, como suspeita de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida com hemorragia ativa, alterações na cardiocografia fetal (desacelerações prolongadas e bradicardia fetal), apresentação pélvica, prolapso do cordão umbilical e rotura prematura de membranas superior a 36 horas associada a febre materna. Estes episódios permitiram-me compreender a importância da vigilância contínua, da comunicação eficaz entre profissionais e da atuação célere e coordenada, essenciais para a segurança materno-fetal. Acompanhei ainda o nascimento de um recém-nascido prematuro, transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por apresentar hipotonia, palidez, bradicardia e gemido expiratório, sinais sugestivos de sofrimento respiratório e instabilidade clínica. Esta experiência reforçou a importância da observação rigorosa, da reanimação neonatal imediata e da articulação eficaz com a equipa médica e de neonatologia para garantir uma resposta adequada às necessidades do recém-nascido crítico.

Um dos momentos mais marcantes do estágio foi a realização de um parto após interrupção médica da gravidez, em que o feto apresentava múltiplas malformações congénitas. Esta vivência exigiu uma postura de grande sensibilidade, empatia e respeito pela mulher e pela família, reconhecendo a dimensão emocional e ética associada a este tipo de parto. A experiência contribuiu profundamente para o meu crescimento pessoal

e profissional, reforçando a importância de um cuidar humanizado, centrado na dignidade e no acolhimento da dor emocional.

Para terminar, tive ainda a oportunidade de prestar cuidados no serviço de urgência, onde acompanhei diversas grávidas. Em algumas situações, as mulheres ao serem admitidas já se encontravam em período expulsivo, exigindo uma atuação rápida, segura e centrada na díade mãe-bebé. Estas experiências reforçaram a percepção de que cada situação é única, exigindo avaliação individualizada, adaptação das intervenções e atenção constante às necessidades maternas e neonatais, consolidando a importância de um cuidado humanizado, técnico e colaborativo em todos os contextos clínicos.

Ao longo deste ensino clínico, participei em 70 partos, dos quais 40 realizados, 24 observados e 6 colaborados, o que me permitiu cumprir e ultrapassar as experiências clínicas mínimas exigidas para a prática enquanto futura EEESMO. Paralelamente, ao longo dos diferentes campos de estágio, prestei cuidados a 137 recém-nascidos, dos quais 108 em situação de normalidade e 29 em situação de risco, o que contribuiu para a consolidação de competências nesta área.

1.5 Enfermagem em Puerpério

O ensino clínico em Enfermagem em Puerpério decorreu na ala de um Puerpério de uma Unidade Local de Saúde, da Região Centro de Portugal, estando integrada no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, o qual compreende as valências de Internamento, Consulta Externa, Bloco de Partos, Bloco Operatório e Urgência. Durante este período, estive exclusivamente afeta à unidade de Puerpério, ao longo de quatro semanas, entre 24 de abril e 16 de maio de 2025, sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas e de uma EEESMO.

O ensino clínico centrou-se na aquisição, consolidação e aprofundamento de conhecimentos e competências essenciais à prestação de cuidados integrados à puérpera, ao recém-nascido e à família. Neste contexto, o EEESMO assume um papel determinante na vigilância da recuperação pós-parto, na promoção da amamentação e da vinculação precoce, na monitorização do desenvolvimento neonatal, na deteção precoce de sinais de alarme e no apoio ao exercício da parentalidade.

Com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis, o puerpério configura-se como uma transição simultaneamente desenvolvimental e situacional, particularmente sensível, marcada por profundas transformações identitárias, relacionais e funcionais.

Neste período, a mulher transita do papel de grávida para o de mãe, reorganizando expectativas, papéis e dinâmicas familiares, enquanto integra o recém-nascido no sistema familiar. Esta transição envolve mudanças físicas, emocionais e sociais significativas, que exigem suporte estruturado, validação das experiências vividas e promoção de competências adaptativas. Segundo Meleis (2010), a qualidade do acompanhamento profissional influencia diretamente os padrões de resposta à transição, podendo facilitar processos de adaptação saudável ou, pelo contrário, contribuir para experiências de vulnerabilidade acrescida.

O puerpério constitui, assim, um período complexo e multifacetado, no qual a mulher e a família enfrentam desafios que ultrapassam a dimensão biológica da recuperação pós-parto, exigindo uma abordagem de cuidados especializada, contínua e sensível às necessidades emergentes. De acordo com Cardoso et al. (2024), a adaptação à parentalidade deve ser compreendida como um processo dinâmico e progressivo de aquisição e consolidação de competências parentais, no qual a intervenção do enfermeiro assume um papel determinante na promoção da autonomia, do bem-estar e da confiança dos cuidadores.

Neste contexto, a prestação de cuidados deve assentar numa abordagem holística, centrada na mulher e na família, integrando estratégias de escuta ativa, validação emocional, suporte educativo e reforço positivo. Assim, o enfermeiro desempenha um papel fundamental enquanto facilitador da transição, através da identificação precoce de fatores de risco, da implementação de planos de cuidados personalizados e da articulação interprofissional, assegurando uma resposta integrada, contínua e eficaz às necessidades da mulher, do recém-nascido e da família durante o puerpério.

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade de prestar cuidados neste contexto, assegurando a estabilização clínica da puérpera após a sua chegada ao serviço e contribuindo para a sua recuperação física progressiva. A prestação de cuidados exigiu uma avaliação sistemática e contínua do estado físico da mulher, com especial enfoque na vigilância da involução uterina e dos lóquios, permitindo monitorizar a sua evolução e identificar precocemente sinais de hemorragia ou infeção. Procedi à observação e palpação mamária, avaliando a presença de ingurgitamento, dor, fissuras ou sinais de mastite, assegurando simultaneamente o conforto e apoio à amamentação. A integridade perineal, nos casos de parto vaginal, foi monitorizada quanto à presença de edemas,

equimoses, deiscências ou sinais inflamatórios, promovendo-se a cicatrização e o alívio da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas, como a crioterapia. Nos casos de parto por cesariana, os cuidados incidiram na avaliação da ferida operatória, tendo em conta o aspeto da cicatriz, sinais de infeção, deiscência ou exsudado, e no controlo da dor abdominal, com vista à promoção do conforto e funcionalidade da mulher. A dor foi regularmente avaliada através de escalas clínicas validadas, orientando uma abordagem terapêutica eficaz e centrada na utente. A mobilização precoce, tanto após parto vaginal como cesariana, foi incentivada de forma gradual e segura, assumindo um papel fundamental na prevenção de complicações como a trombose venosa profunda, na recuperação da autonomia funcional e no estímulo ao peristaltismo. A vigilância da primeira micção e dejeção revelou-se igualmente essencial, tendo em conta a possível retenção urinária ou obstipação associadas ao parto, à farmacologia prescrita ou até mesmo à dor. A abordagem individualizada permitiu, assim, adequar os cuidados ao tipo de parto e às necessidades específicas de cada mulher, garantindo a deteção precoce de complicações e promovendo uma recuperação segura, eficaz e humanizada.

Durante o internamento, a educação para a saúde dirigida à puérpera assume um papel fundamental na promoção da sua recuperação e na prevenção de complicações. Foram realizados ensinamentos sobre o autocuidado, com especial enfoque na higiene e cuidados vulvoperineais, incentivando a lavagem adequada da zona íntima, a troca regular de pensos e a observação de sinais de infeção. Abordei também questões relacionadas com a eliminação intestinal, oferecendo estratégias para o alívio do desconforto causado por hemorróidas e promovendo a ingestão de líquidos e alimentos ricos em fibras. Foram ainda realizados ensinamentos sobre a eliminação vesical, salientando a importância de micções regulares e da vigilância de sinais de infeção urinária. Orientei a escolha de vestuário confortável e adequado ao período pós-parto, que facilitasse a amamentação e promovesse o bem-estar. No que respeita à sexualidade e aos métodos contraceptivos, abordei a retoma da vida sexual de forma segura, informada e respeitando o tempo de cada mulher, explicando as opções contraceptivas disponíveis no pós-parto. Reforcei a importância da consulta de revisão puerperal, como momento essencial para avaliar a recuperação física e emocional da mulher.

A evidência demonstra que a recuperação pós-parto é mais segura e eficaz quando os cuidados são prestados por profissionais especializados. A presença do EEESMO na monitorização do puerpério contribui para uma recuperação física mais

rápida e para a identificação precoce de possíveis complicações, promovendo uma intervenção mais ágil e personalizada. (Santos, 2020)

Relativamente ao recém-nascido, assegurei o seu bem-estar, oferecendo apoio contínuo às famílias durante a adaptação a esta nova fase. No que concerne à amamentação, acompanhei as puérperas de forma constante, orientando-as sobre a posição correta e a pega adequada, com o objetivo de garantir uma amamentação exclusiva e bem-sucedida. Identifiquei possíveis dificuldades, como ingurgitamento mamário ou fissuras nos mamilos, e forneci estratégias de alívio da dor, além de cuidados preventivos para evitar complicações. Destaco, ainda, que tive oportunidade de dar continuidade aos cuidados no Cantinho da Amamentação do hospital, que providencia apoio às puérperas e recém-nascidos após alta clínica. (Néné et al., 2016)

Nos cuidados de higiene e vestuário, supervisionando os pais, fui responsável por garantir que estivessem devidamente instruídos nas práticas adequadas, como no momento do banho, nos cuidados com o coto umbilical e na manutenção da pele do recém-nascido limpa e seca. Orientei também sobre a troca de fraldas, para que os pais se sentissem confiantes e preparados para promover o conforto e o bem-estar do bebé. Em paralelo, ensinei sobre higiene do sono, cólicas e transporte seguro.

Na área da vacinação, administrei a primeira dose da vacina contra a hepatite B, explicando a importância desta imunização inicial para a proteção do recém-nascido e orientando sobre a continuidade do Plano Nacional de Vacinação. Realizei também o rastreamento das cardiopatias congénitas e das doenças metabólicas, além de realizar a avaliação do peso, altura e perímetro cefálico do bebé, conforme indicado pelo médico pediatra, assim como outros cuidados oportunos. (Direção-Geral da Saúde, 2013)

No momento da alta, reforcei os ensinamentos sobre a identificação de sinais de alarme, dando orientação aos pais relativamente aos sintomas que exigem atenção imediata e oferecendo instruções claras sobre como proceder nesses casos.

Durante o campo de estágio, procurei alinhar os cuidados prestados com as *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*, garantindo uma abordagem centrada na mulher, no recém-nascido e na família. Este documento destaca a importância de um acompanhamento pós-natal contínuo, respeitoso e baseado em evidência, que promova não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e social. Assim, assegurei que as mulheres

recebessem apoio personalizado, com espaço para expressar dúvidas, medos e expectativas, promovendo a tomada de decisões informadas. Valorizei, ainda, a presença ativa dos parceiros e familiares no processo de adaptação, reconhecendo o papel da rede de apoio na recuperação pós-parto e no cuidado ao bebê. Esta orientação permitiu-me oferecer cuidados mais humanizados, contribuindo para uma vivência pós-natal mais segura, confiante e positiva. (OMS, 2022)

Adicionalmente, colaborei com o serviço na atualização de um folheto informativo dirigido aos pais sobre os cuidados em caso de engasgamento (Apêndice II). Considero que esta experiência representou uma mais-valia para o meu percurso formativo, permitindo-me consolidar conhecimentos atualizados sobre uma temática crucial no contexto neonatal.

Neste contexto, prestei cuidados a 106 puérperas, em situações de normalidade e de risco, o que me permitiu desenvolver competências específicas e cumprir as experiências clínicas mínimas exigidas.

1.6 Enfermagem em Ginecologia

O ensino clínico em Enfermagem em Ginecologia decorreu no serviço de Ginecologia, integrado no serviço de Ginecologia/Obstetrícia, de uma das Unidades Locais de Saúde, na Região Centro de Portugal. Durante este período, estive exclusivamente afeta à ala de Ginecologia, ao longo de duas semanas, entre 11 e 22 de outubro de 2025, sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas e de uma EEESMO.

O estágio centrou-se na aquisição, consolidação e aprofundamento de conhecimentos e competências essenciais à prestação de cuidados especializados à mulher ao longo do ciclo vital, com particular enfoque nas situações de patologia ginecológica, cirúrgica e oncológica. Neste contexto, o EEESMO assume um papel determinante na vigilância do estado de saúde da mulher, na deteção precoce de complicações e na implementação de intervenções fundamentadas na evidência científica, visando a recuperação, o bem-estar e a qualidade de vida.

De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, as situações de doença ginecológica configuram transições do tipo saúde-doença, frequentemente associadas a alterações significativas na perceção de si, na imagem corporal, na vivência da sexualidade e no projeto reprodutivo da mulher. Estas experiências implicam processos de adaptação física, emocional e relacional, que podem gerar vulnerabilidade e exigem

acompanhamento especializado. Segundo Meleis (2010), a qualidade do suporte profissional constitui um fator determinante na forma como a pessoa vivencia a transição, podendo facilitar respostas adaptativas saudáveis ou, pelo contrário, contribuir para dificuldades de ajustamento.

Neste enquadramento, a intervenção do enfermeiro especialista assume-se como elemento facilitador de uma transição equilibrada, através da promoção de suporte emocional, informação clara e adequada e estratégias de capacitação que favoreçam a autonomia e a tomada de decisão informada ao longo do processo de tratamento e recuperação.

O cuidado à mulher em contexto ginecológico exige, assim, uma abordagem holística e centrada na pessoa, integrando as dimensões física, emocional, sexual e social da experiência de saúde-doença. Reconhecendo a singularidade de cada trajetória e a sensibilidade inerente às condições ginecológicas, o enfermeiro contribui para a construção de um ambiente terapêutico seguro, humanizado e respeitador da intimidade, valorizando a escuta ativa, o acolhimento empático e a promoção da autonomia da mulher.

Este campo de estágio foi determinante para o aprofundamento dos meus conhecimentos e para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e comunicacionais, permitindo-me prestar cuidados mais ajustados e humanizados. A experiência possibilitou uma visão mais abrangente sobre as necessidades da mulher em diferentes fases da sua vida e sobre a importância da continuidade de cuidados em articulação com outros contextos de saúde.

Durante o estágio, a maioria dos cuidados prestados centrou-se em utentes submetidas a intervenções cirúrgicas ginecológicas, nomeadamente histeroscopia cirúrgica, histerectomia total laparoscópica, salpingectomia bilateral, quistectomia, miomectomia, anexectomia e cirurgia de incontinência urinária. Estas intervenções, embora distintas nos seus objetivos e complexidade, partilham a necessidade de uma vigilância rigorosa e de uma abordagem centrada na mulher, de forma a garantir uma recuperação segura e confortável.

No período pré-operatório, o foco principal recaiu sobre a preparação física e emocional da utente para o procedimento cirúrgico. O protocolo do serviço prevê o contacto telefónico com as utentes na véspera da cirurgia ou do internamento

programado, momento em que são reforçadas informações essenciais, como o local e a hora de comparência, o tempo de jejum, o que deve ou não ser trazido, e é avaliado o estado de saúde atual da utente, de modo a identificar possíveis alterações ou contraindicações à realização da cirurgia.

Esta etapa revelou-se de extrema importância para garantir a segurança do processo e reduzir a ansiedade associada ao internamento e à intervenção. O contacto antecipado permitiu-me compreender o valor da comunicação clara, empática e adaptada às necessidades de cada mulher, promovendo uma relação de confiança e contribuindo para uma experiência mais tranquila e informada. Além disso, a preparação adequada e a validação do estado clínico antes da cirurgia constituem elementos essenciais para a prevenção de complicações e para o sucesso do procedimento cirúrgico.

Durante a admissão e acolhimento da utente na unidade, é realizada uma avaliação inicial que integra a recolha de dados clínicos relevantes, nomeadamente antecedentes pessoais, alergias, medicação habitual e exames complementares. Procedese igualmente à verificação dos sinais vitais e à confirmação do consentimento informado, assegurando que todos os requisitos estão cumpridos antes da intervenção. Segue-se a preparação física para o procedimento cirúrgico, que pode incluir a tricotomia, a higiene corporal com solução de clorohexidina, a remoção de próteses, joias e verniz, e a colocação da pulseira de identificação. Nesta fase, é também avaliada a glicemia capilar e aplicado um cateter venoso periférico, de modo a permitir o início da soroterapia conforme prescrição médica. Esta sequência de cuidados, deve ser realizada num ambiente de respeito, empatia e comunicação humanizada, preservando a intimidade e reconhecendo as emoções inerentes a este momento de vulnerabilidade. (Vieira & Bastos, 2023)

Após a utente vestir a bata hospitalar, é incentivada a realizar a última micção antes de se dirigir ao bloco operatório, prevenindo complicações intraoperatórias relacionadas com a retenção urinária, e a colocar a touca, retirando quaisquer adornos ou próteses removíveis. Posteriormente, é efetuada a lista de verificação pré-operatória, que assegura o cumprimento das etapas essenciais à segurança do procedimento. Concluída esta fase, a utente é transferida para o bloco, acompanhada pelo enfermeiro responsável, que garante a passagem de informação pertinente à equipa cirúrgica, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados. (OMS, 2009)

No regresso da utente ao serviço após a cirurgia, inicia-se a fase de vigilância e recuperação pós-operatória, um momento que exige atenção contínua e uma observação rigorosa. À chegada, confirmei a estabilidade dos parâmetros vitais, o nível de consciência e a permeabilidade do cateter venoso periférico, avaliando simultaneamente o penso cirúrgico, eventuais drenos e o conforto geral da utente. É igualmente avaliada a presença de náuseas, vômitos ou sinais de dor, procedendo-se à administração de terapêutica conforme prescrição.

Para além da componente técnica, esta fase requer uma postura de escuta ativa e empatia, uma vez que a utente pode apresentar desconforto, ansiedade e limitações de mobilidade. O enfermeiro tem um papel essencial na promoção do conforto e da autonomia progressiva, assegurando uma mobilização precoce e segura, de acordo com o tipo de cirurgia e o estado clínico. É também fundamental promover uma comunicação contínua com a utente e a sua família, reforçando informações sobre o procedimento e os cuidados a manter.

Entre os cuidados pós-operatórios prestados, destaco o acompanhamento do primeiro levante, precedido da avaliação dos sinais vitais e observação de possíveis tonturas ou instabilidade postural, garantindo a segurança do procedimento.

A micção espontânea constituiu outro marco relevante na recuperação pós-operatória, por representar um indicador de restabelecimento da função urinária e de ausência de complicações urológicas. Paralelamente, realizei a vigilância da tolerância à dieta e a retoma da função intestinal. Estas intervenções permitiram avaliar de forma objetiva a estabilidade clínica e funcional das utentes, garantindo uma recuperação eficaz e sustentada nos princípios de segurança, evidência científica e continuidade de cuidados.

Durante o estágio, acompanhei regularmente as visitas médicas, momentos que se revelaram fundamentais para a articulação interdisciplinar e para a continuidade dos cuidados. Estas visitas permitiram uma observação direta da evolução clínica das utentes, a discussão de condutas terapêuticas e a tomada de decisões em equipa, baseadas na avaliação conjunta dos parâmetros clínicos e das necessidades individuais de cada mulher.

Paralelamente, executei o tratamento das feridas, assegurando uma avaliação sistemática da ferida cirúrgica, nomeadamente quanto à integridade dos bordos,

presença de exsudado, sinais inflamatórios e dor local. A execução desta intervenção exigiu a aplicação rigorosa das normas de assepsia e a seleção adequada dos materiais, de forma a prevenir infeções e a promover uma cicatrização eficaz. (DGS, 2022)

No momento da alta clínica, assegurei a prestação de cuidados de enfermagem orientados para a promoção da autonomia e a continuidade segura dos cuidados no domicílio. Esta etapa envolveu a transmissão de informações individualizadas sobre a vigilância do penso cirúrgico, sinais de alarme a observar (como febre, dor intensa, hemorragia ou sinais de infeção), cuidados com a ferida operatória e gestão da terapêutica prescrita. Reforcei ainda a importância da mobilização gradual, da hidratação adequada, da manutenção de uma alimentação equilibrada e do cumprimento das orientações médicas relativas à atividade física e retorno às rotinas diárias.

A educação para a saúde constituiu um momento privilegiado de comunicação e empoderamento da mulher, permitindo esclarecer dúvidas e promover a adesão ao regime terapêutico. Este processo revelou-se essencial para prevenir complicações e reduzir a ansiedade associada ao regresso a casa, garantindo que a utente se sentia informada, segura e confiante para a continuidade dos cuidados no seu contexto familiar.

Algumas das cirurgias que acompanhei decorreram em regime ambulatorio, o que implicou uma abordagem diferenciada e uma gestão rigorosa do tempo e das intervenções de enfermagem. Um dos critérios essenciais para a realização deste tipo de cirurgia é que a utente tenha um acompanhante disponível para o regresso a casa e permaneça acompanhada durante a primeira noite, assegurando a vigilância e o apoio necessários em caso de intercorrências.

Participei igualmente no cumprimento do protocolo do serviço, que prevê a realização de uma chamada telefónica 24 horas após a intervenção. Este contacto permite avaliar o estado geral da utente, esclarecer dúvidas, reforçar as orientações fornecidas e identificar precocemente eventuais sinais de complicação. Esta prática revelou-se de grande importância para a continuidade de cuidados e para a promoção da segurança e tranquilidade da utente no contexto domiciliário.

Durante o estágio, tive também a oportunidade de ir uma manhã para o bloco operatório assistir várias intervenções do foro ginecológico. Esta experiência permitiu-me aprofundar a compreensão sobre o processo cirúrgico e sobre a importância da colaboração interdisciplinar. Entre os procedimentos assistidos, destaco a histerectomia

total por via laparoscópica e a salpingectomia bilateral com recurso a visualização 3D, técnicas minimamente invasivas que demonstram a evolução tecnológica e a precisão das abordagens atuais. Esta experiência contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista, consolidando conhecimentos e promovendo uma visão integrada dos diferentes contextos de atuação no âmbito da saúde da mulher.

Destaco, ainda, que, para assinalar o Dia Mundial da Menopausa, celebrado a 18 de outubro, elaborei um folheto informativo sobre a menopausa (Apêndice VI), com o objetivo de promover a literacia em saúde da mulher nesta fase da vida. O folheto abordou temas como sintomas mais frequentes, estratégias de autocuidado e a importância do acompanhamento médico regular. Esta iniciativa permitiu-me reforçar a minha capacidade de comunicar informação científica de forma acessível e prática, valorizando a educação para a saúde e o empowerment da mulher. (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Capítulo II

2. Relatório final da componente de investigação

2.1 Enquadramento teórico

A prática de exercício físico durante a gravidez tem sido amplamente recomendada pelas principais entidades de saúde internacionais, incluindo a OMS e o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), sendo considerada uma intervenção segura e eficaz na promoção da saúde materno-fetal ao longo de todo o período gestacional. Estas recomendações enfatizam que a atividade física regular durante a gravidez está associada à redução do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e macrosomia fetal. A evidência descrita pela ACOG indica que mulheres que se mantêm fisicamente ativas ao longo da gravidez apresentam não só melhores indicadores cardiometabólicos, como também menor probabilidade de desfechos obstétricos adversos, incluindo intervenções operatórias no parto. Para além disso, a prática de exercício físico tem sido associada a uma diminuição da perceção de dor durante o trabalho de parto e a uma redução do stress no contexto intraparto, sugerindo benefícios fisiológicos e psicossociais que contribuem para uma vivência de parto mais positiva e autorregulada. De acordo com as recomendações do ACOG, na ausência de contraindicações clínicas, o exercício durante a gravidez é considerado seguro, desejável e deve ser encorajado como componente ativo de um estilo de vida saudável (ACOG, 2020).

No contexto da educação pré-natal, os PPPP constituem uma estratégia central de promoção da saúde reprodutiva, orientada para a capacitação da grávida e do casal/família. Nos PPPP, o exercício físico tem sido frequentemente incorporado como componente educativa e pedagógica, enquanto instrumento facilitador de consciência corporal, otimização da biomecânica materna, controlo respiratório e adaptação postural às mudanças fisiológicas da gravidez (Baldo, Ribeiro, Macedo et al., 2020). A integração do exercício físico nos PPPP pode contribuir para o aumento da autoeficácia para o parto, redução do medo antecipatório, melhor percepção de controlo sobre o processo do trabalho de parto e potencial melhoria de resultados obstétricos, incluindo a vivência positiva da experiência de parto e a recuperação funcional no pós-parto imediato (Watkins et al., 2021).

Apesar dos benefícios documentados, a prática de exercício físico durante a gravidez não está isenta de riscos quando realizada sem adequada avaliação clínica,

prescrição individualizada e supervisão especializada. Exercícios inadequados quanto à intensidade, tipo ou progressão podem associar-se a eventos adversos como lesões músculo-esqueléticas, exacerbação de sintomatologia músculo-ligamentar, alterações hemodinâmicas maternas, aumento do risco de quedas, bem como a sinais de intolerância ao exercício que podem comprometer o bem-estar materno-fetal. Adicionalmente, determinadas condições clínicas e obstétricas exigem adaptações específicas ou constituem contraindicações relativas ou absolutas à prática de exercício físico, reforçando a necessidade de uma abordagem segura, fundamentada e conduzida por profissionais de saúde qualificados. Neste sentido, a integração do exercício físico nos programas de preparação para o parto e parentalidade deve assentar numa avaliação criteriosa e numa orientação técnica baseada na evidência, assegurando a maximização dos benefícios e a minimização de potenciais riscos (OMS, 2020) (ACOG, 2020).

Contudo, e apesar do consenso internacional sobre os benefícios do exercício na gravidez, verifica-se uma elevada heterogeneidade entre programas, serviços e contextos clínicos quanto ao modo como o exercício é conceptualizado, ensinado e operacionalizado nos PPPP. Apesar da importância reconhecida do exercício físico na gravidez, subsiste uma lacuna de conhecimento relativamente à forma como este é efetivamente incorporado nos programas de preparação para o parto e parentalidade (ACOG, 2020).

A ausência de síntese quanto às práticas implementadas, quanto aos tipos de exercícios que devem ser utilizados, a fundamentação teórica que sustenta essas escolhas e os efeitos maternos e neonatais existentes, compromete a uniformização e a otimização das intervenções, dificultando a construção de recomendações padronizadas e baseadas na evidência, e limitando a visibilidade do papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica enquanto agente central na educação para um exercício seguro, adequado e cientificamente sustentado durante a gravidez.

Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em identificar e mapear a evidência científica internacional disponível relativa à forma como o exercício físico é promovido no âmbito dos PPPP, identificando os tipos de exercício físico incluídos nesses programas e descrevendo as metodologias e estratégias adotadas para a sua implementação nos diferentes momentos de período gestacional. Pretende-se ainda explorar os benefícios e resultados reportados para as grávidas e para os recém-nascidos, assim como identificar lacunas existentes na literatura que possam orientar futuras investigações e o

desenvolvimento de intervenções clínicas mais robustas e baseadas na evidência. Esta revisão scoping permitirá realizar uma síntese descritiva sobre o estado de arte destes programas.

Uma busca preliminar nas bases de dados Joanna Briggs Institute (JBI), Open Science Framework (OSF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) revelou que não existem revisões publicadas ou em curso que abordem especificamente esta temática.

Questões de investigação

- Quais as tipologias de atividade física que integram os PPPP?
- Quais as indicações e contraindicações clínicas para a implementação dos PPPP?
- Quais os profissionais de saúde responsáveis por construir e implementar os PPPP?

Critérios de inclusão

Participantes

Esta *scoping review* considerou estudos que se foquem em mulheres grávidas com mais de 24 semanas de gestação que participaram em PPPP. A idade gestacional foi definida como o número de semanas completas decorridas desde o primeiro dia da última menstruação da mulher, sendo as 24 semanas de gestação reconhecidas em obstetrícia como um marco clínico relevante, associado ao limiar de viabilidade fetal e a uma mudança significativa no prognóstico perinatal (BAPM, 2025).

Conceito

O conceito deste estudo refere-se aos PPPP nos quais as grávidas estiveram incluídas. Estes programas, integrados no contexto da educação pré-natal, têm como principal objetivo capacitar as grávidas e os futuros pais para o processo de gravidez, trabalho de parto, parto e transição para a parentalidade. Os PPPP são habitualmente desenhados, coordenados e implementados por profissionais de saúde, com particular destaque para o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, podendo envolver uma abordagem multidisciplinar. Através de sessões teórico-práticas, estes programas abordam conteúdos como a fisiologia do trabalho de parto e do parto, estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, promoção do movimento e da

consciência corporal, cuidados ao recém-nascido, amamentação, recuperação no pós-parto e desenvolvimento de competências parentais, visando promover a autonomia, a confiança e a tomada de decisão informada por parte das famílias (ICM, 2025).

Contexto

O contexto clínico incluiu programas educacionais estruturados que decorreram durante a gravidez por um profissional de saúde e que incluía informações relacionadas à gravidez, parto ou parentalidade. As intervenções educacionais podem ser oferecidas individualmente ou em grupo, em contexto ambulatorio, tanto em regime público como privado.

Fontes

Para esta *scoping review* foram considerados estudos de natureza quantitativa e qualitativa, bem como revisões sistemáticas. Os estudos quantitativos incluíram investigações experimentais, como ensaios clínicos randomizados e não randomizados, estudos quase-experimentais e estudos observacionais, tanto prospectivos como retrospectivos.

Foram igualmente considerados estudos qualitativos baseados em dados descritivos, incluindo abordagens fenomenológicas, teoria fundamentada e estudos de tipo etnográfico, e revisões sistemáticas, com ou sem meta-análise ou meta-síntese, revisões de caráter abrangente e revisões que integrem métodos mistos.

Adicionalmente, foram elegíveis fontes não empíricas, como textos, artigos de opinião e literatura narrativa, desde que relevantes para os objetivos da revisão.

2.2 Metodologia

A revisão proposta foi conduzida de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute para *scoping reviews* e em conformidade com as diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses para *Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). O presente protocolo seguiu os Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P). O protocolo desta *scoping review* encontra-se registado no Open Science Framework (<https://osf.io/yjhfc/overview>).

Estratégia de pesquisa

Nesta revisão foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três etapas para identificar estudos. Após a realização de uma pesquisa inicial nas bases de dados

MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre este tema, foram analisadas as palavras presentes nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação utilizados para descrever esses artigos. Esta análise foi utilizada para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa para a MEDLINE (PubMed), incluindo as palavras-chave e os termos de indexação identificados.

Numa segunda fase, a pesquisa foi realizada em todas as bases de dados selecionadas utilizando as palavras-chave e os termos de indexação identificados. Por fim, foram analisadas as listas de referências de todos os relatórios e artigos incluídos, com o objetivo de identificar estudos adicionais relevantes.

As bases de dados incluíram MEDLINE (PubMed), B-ON, CINAHL (EBSCO), ProQuest e Scopus. As respectivas pesquisas podem ser encontradas no Apêndice VII. A pesquisa não teve qualquer restrição linguística ou temporal.

Seleção dos estudos

Após a conclusão da pesquisa nas bases de dados, todos os registros identificados foram importados para o software Rayyan para gestão e triagem das referências. Após a identificação dos duplicados, estes foram analisados e removidos em conformidade.

Para avaliar a elegibilidade dos estudos de acordo com os critérios de inclusão definidos para a revisão, dois revisores independentes (S.R. e I.M.) procederam à análise dos títulos e resumos. Este processo de triagem foi realizado de forma independente por ambos os revisores, tendo sido excluídos os estudos que não se encontravam alinhados com os critérios previamente definidos.

Posteriormente, os textos completos dos estudos pré-selecionados a partir desta triagem inicial foram submetidos a uma avaliação detalhada, também realizada de forma independente por dois revisores (S.R. e I.M.), aplicando os mesmos critérios de inclusão.

Os estudos que não cumpriram estes critérios foram excluídos, tendo sido feita a documentação explícita dos motivos de exclusão, detalhada no Apêndice VIII. As discrepâncias entre os revisores foram abordadas e resolvidas através de discussão, até se alcançar consenso.

Todo o processo de seleção foi descrito narrativamente e resumido visualmente através de um diagrama de fluxo PRISMA, especificamente adaptado da extensão PRISMA para *scoping reviews* (Page et al., 2021). Este diagrama ilustrou claramente cada

etapa do processo de pesquisa, incluindo a identificação, a triagem com base nos critérios de inclusão e a remoção dos duplicados.

Extração e apresentação dos dados

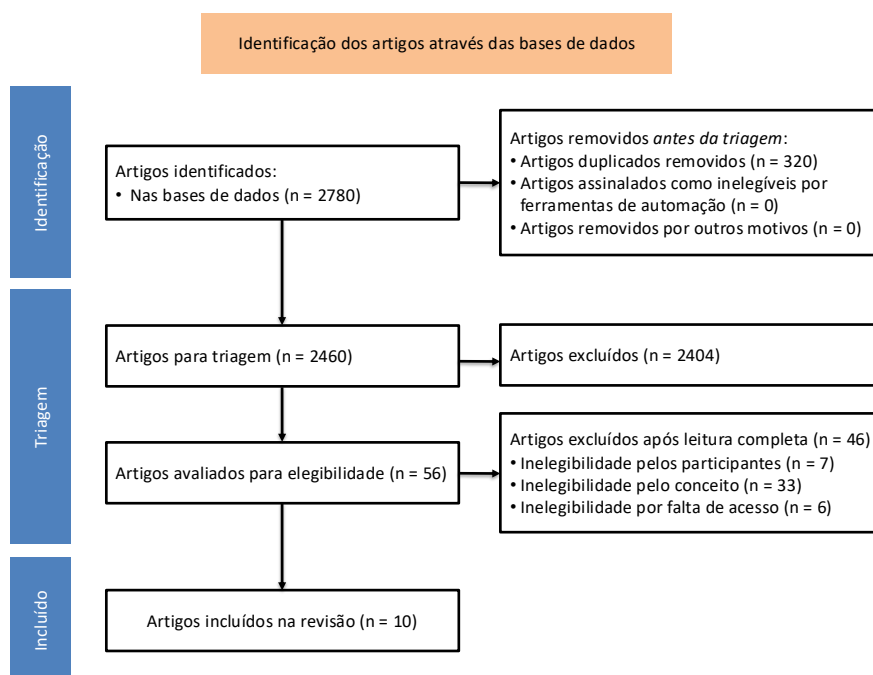
Para recolher os dados relevantes de cada artigo e incluir informações específicas sobre os participantes do estudo, conceito e contexto, os dados foram extraídos utilizando uma tabela de extração de dados, permitindo uma organização sistemática da informação e facilitando a comparação e análise entre os diferentes estudos incluídos.

Este procedimento permitiu garantir que todos os dados relevantes fossem identificados e extraídos de forma consistente. Um resumo narrativo acompanha os resultados apresentados em tabelas e descreve a forma como estes se relacionam com os objetivos e as questões de investigação.

2.3 Resultados

Um resumo dos resultados da busca e do processo de seleção de artigos é apresentado na Figura 1. A pesquisa resultou na identificação de 2780 artigos. Após a identificação de 599 duplicados e a exclusão de 320 artigos, 2460 registos foram submetidos à leitura de títulos e resumos. Desta fase resultou a exclusão de 2404 artigos, tendo 56 estudos sido selecionados para leitura integral. Posteriormente, os artigos em texto completo foram avaliados relativamente aos critérios de inclusão estabelecidos, tendo sido excluídos 46 estudos por não cumprirem os critérios definidos. No total, 10 artigos foram incluídos na presente *scoping review*.

Figura 1 - Resultados da pesquisa e processo de seleção e inclusão dos estudos



Fontes: (Page et al., 2021)

Tipo de Publicação

Todos os 10 artigos incluídos abrangeram uma gama diversificada de desenhos de estudo. Três estudos foram ensaios clínicos randomizados e um correspondeu a um ensaio experimental randomizado. Um estudo foi de coorte retrospectivo, dois foram estudos observacionais e um foi um estudo quase-experimental e prospectivo. Foi ainda incluído um artigo conceptual. O estudo incluído mais antigo foi publicado em 2011.

País de Publicação

Os artigos finais foram realizados em oito países diferentes. Em particular, três artigos foram conduzidos na Turquia, dois na China e um em cada um dos seguintes países: Holanda; Japão; Itália; Reino Unido; e Brasil.

Os três ensaios clínicos randomizados corresponderam a um artigo por país: China; Brasil; e Turquia. O ensaio experimental randomizado correspondeu a um dos artigos da Turquia. O estudo de coorte retrospectivo correspondeu ao artigo da Holanda. Os dois estudos observacionais corresponderam a artigos da Itália e da China, e o estudo quase-experimental e prospectivo correspondeu ao outro artigo da Turquia. O artigo conceptual correspondeu ao Reino Unido.

Tempo de Gestação das Participantes

Relativamente às características das participantes, nomeadamente à idade gestacional no momento de inclusão nos estudos, verificou-se uma heterogeneidade considerável entre os estudos analisados, tanto nos critérios de inclusão como no momento de implementação dos programas.

Alguns estudos definiram intervalos específicos de inclusão, nomeadamente entre as 24 e 28 semanas de gestação (Karabulut et al., 2015) e entre as 30 e 36 semanas de gestação (Triunfo et al., 2023), enquanto outros incluíram grávidas com idade gestacional superior a 28 semanas (Gao et al., 2012) ou estabeleceram critérios mais amplos, como uma idade gestacional mínima de 20 semanas e máxima de 30 semanas (Bayrı Bingöl et al., 2022). Em determinados estudos, o recrutamento ocorreu num momento gestacional mais específico, como na 28.^a semana de gestação (Yeşilfidan & Adana, 2025).

Destaca-se ainda um estudo em que as participantes, todas com pelo menos um filho anterior, foram recrutadas entre as 26 e as 35 semanas de gestação, sendo que a intervenção decorreu apenas entre as 32 e as 36 semanas de gestação (Tanigo et al., 2025), evidenciando uma distinção entre o momento de recrutamento e o período efetivo de implementação do programa.

Adicionalmente, alguns programas apresentaram uma abordagem mais longitudinal, iniciando-se mais precocemente e prolongando-se ao longo da gravidez, como o estudo que integrou participantes entre as 18 e 24 semanas de gestação, com continuidade até ao termo (Miquelutti et al., 2015). Outro estudo incluiu grávidas que realizaram a sua primeira consulta pré-natal antes das 24 semanas de gestação (Rijnders et al., 2019), utilizando este critério como condição de elegibilidade.

Contudo, em dois estudos (Gong et al., 2024 e Billingham, 2011), a idade gestacional não foi reportada (NR), o que limita a comparabilidade entre os estudos e dificulta a identificação do momento mais adequado para a implementação dos programas.

Achados da Revisão

A análise dos 10 estudos incluídos, que se encontra na Tabela 1, evidenciou uma marcada heterogeneidade na conceção, estrutura e implementação dos PPPP. Apesar desta diversidade, observou-se um núcleo comum entre os estudos: todos descrevem intervenções com intencionalidade pedagógica, dirigidas a mulheres grávidas e orientadas

para a preparação para o parto, adaptação à maternidade e/ou transição para a parentalidade. Em termos operacionais, os programas diferiram quanto ao contexto de realização, formato, número de sessões, duração, temas abordados e profissionais envolvidos, reforçando que os PPPP não constituem uma intervenção única e padronizada, mas antes um conjunto de estratégias com diferentes focos e modelos de organização.

Tabela 1 - Resumo dos estudos incluídos

Autor/ Ano/ País	Desenho do Estudo	Participantes	Modalidade do PPPP	Resultados
Tanigo et al./ 2025/Japão	Estudo piloto exploratório não randomizado	52 (Grupo experimental: 18 grávidas à espera do segundo filho, recrutadas para o estudo entre as 26 e as 35 semanas de gestação; Grupo de controle: 34 puérperas).	Aula de 1 hora de preparação para o parto e parentalidade em grupo, realizada entre as 32-36 semanas de gestação, por 2 EEESMO, focada na família, especialmente no irmão mais velho. Realizado posteriormente uma avaliação por questionário e entrevista às grávidas do grupo experimental. No grupo de controle apenas foi realizado o questionário, com o acréscimo de uma questão (se as mães desejavam participar no "childbirth preparation education").	O grupo experimental demonstrou pontuações elevadas em PSOC (Parenting Sense of Competence Scale), RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale) e MAI (Maternal Attachment Inventory). As mães participantes relataram maior confiança e facilidade nas suas habilidades parentais. A educação sobre a preparação para o parto e parentalidade melhora a autoestima materna no pós-parto, facilita a transição para a vida familiar e promove a confiança materna.
Yeşilfidan & Adana/ 2025/Turquia	Ensaio experimental randomizado	79 grávidas (26 no grupo experimental e 53 no grupo de controle). As grávidas foram recrutadas para o estudo na 28ª semana de gestação.	As grávidas do grupo experimental participaram num programa que incluía 7 sessões de educação para a saúde sobre a transição para a maternidade e acompanhamento até aos 4 meses pós-parto (foram realizados exames físicos e consultas de follow-up tanto da mãe como do bebé).	No estudo, constatou-se que, com o cuidado de enfermagem baseado na teoria da transição de Meleis (programa educativo, exame físico, acompanhamento e intervenções), o nível de prontidão materna para o parto aumentou e a adaptação ao período pós-parto melhorou (melhor relacionamento com os parceiros, envolvimento nos cuidados com o bebé, apoio social e adaptação à maternidade e maior satisfação com a maternidade). Além disso, as grávidas do grupo experimental apresentaram perceções menos

				negativas sobre seus bebês. Com este estudo, conclui-se que a prática de enfermagem baseada na teoria da transição de Afaf Meleis aumenta a adaptação das mulheres aos períodos pré-natal e pós-parto.
Triunfo et al./ 2023/Itália	Estudo observacional	145 grávidas (33 no grupo de controle e 11 no grupo experimental), cujo idade gestacional era entre as 30-36 semanas de gestação.	Todas as grávidas do estudo participaram num programa de preparação para o parto e parentalidade, de 11 sessões, cuja modalidade foi online e presencial, implementado por uma equipa multidisciplinar. O grupo experimental teve uma aula extra sobre vacinação durante a gravidez.	As participantes do programa enriquecido relataram níveis basais de ansiedade mais baixos em comparação às participantes sem a aula sobre vacinação. O nível de bem-estar materno melhorou com a aula adicional. Foi avaliado stress moderado nas grávidas sem educação pré-natal sobre vacinação. Em conclusão, a introdução de uma aula sobre vacinação durante a gravidez nos programas de educação pré-natal melhora os níveis de ansiedade e bem-estar materno, além de reduzir o stress.
Gong et al./ 2024/China	Estudo observacional	178 grávidas (89 no grupo de controle e 89 no grupo experimental).	As grávidas do grupo experimental participaram num programa implementados por médicos e enfermeiros, que incluía a adesão a um grupo online onde foram partilhadas 9 sessões online sobre os cuidados durante a gravidez e a preparação para o parto e parentalidade, para além de duas consultas complementares com profissionais de saúde especialistas.	O grupo experimental apresentou uma taxa significativamente maior de partos normais, melhor prognóstico neonatal, maiores taxas de aleitamento materno exclusivo, menor incidência de complicações pós-parto, menor tempo de internação pós-parto, melhor estado de saúde pós-parto e maior satisfação com os serviços de enfermagem. Assim sendo, o acompanhamento pré-natal em grupos é benéfico para melhorar os desfechos maternos e neonatais e pode ter efeitos positivos na gravidez de baixo risco e no aleitamento materno.
Billingham/ 2011/Reino Unido	Artigo conceptual	Não se aplica	O artigo apresenta uma estrutura orientadora para futuros programas, que consistem em quatro níveis que refletem como os pais desejam receber informação. O artigo também	Benefícios da educação pré-natal: Tem um papel na melhoria do conhecimento e da preparação para a parentalidade; Pode aumentar a satisfação da mãe com o parto e com a experiência

			apresenta uma lista de 6 temas que devem ser trabalhados em todos os programas, apresentando ainda os subtemas. O artigo defende que, embora muitas necessidades e experiências sejam comuns a todos os futuros pais, certos grupos apresentam preferências e necessidades específicas que devem ser consideradas. Por exemplo, pais adolescentes envolvem-se melhor em educação pré-natal interativa, concebida para adolescentes e oferecida a jovens pais com um contexto social semelhante. Diferentes grupos étnicos também têm preferências distintas e, de modo geral, querem explorar informações relacionadas com as suas próprias crenças e normas culturais.	do nascimento; Uma educação pré-natal de boa qualidade e focada pode ajudar a gerir e reduzir a ansiedade e a depressão maternas durante a gravidez e na primeira infância, levando a uma melhor capacidade de lidar com as situações, maior apoio do parceiro e uma melhor experiência de parto. A prestação em grupo tem sido associada a taxas mais baixas de partos prematuros e de bebés com baixo peso à nascença, maior incidência de início da amamentação, níveis mais elevados de conhecimento e melhor apoio por parte dos parceiros. Muitos dos profissionais de saúde sentem-se incapazes ou mal preparados para orientar os grupos de PPPP. Relatos dos pais dizem-nos que: Ter o primeiro bebé foi uma experiência bastante diferente, marcada por sentimentos de entusiasmo, ansiedade e mudança; Este é um período em que mães e pais estão altamente recetivos a fazer mudanças que podem beneficiar o seu bebé; As mães dizem que as mudanças são profundas para elas, em todas as áreas da sua vida, uma “jornada psicológica” tanto quanto uma biológica; Os pais querem informação e apoio adequados e fornecidos no momento certo, de acordo com as etapas de desenvolvimento do bebé; A idade da mãe faz diferença na forma como ela percebe a gravidez e a parentalidade, mas sentir-se no controlo, confiante e capaz de fazer escolhas é importante em qualquer idade.
--	--	--	--	--

Gao et al./ 2012/China	Ensaio clínico randomizado	194 grávidas (98 grávidas do grupo de controle e 96 do grupo experimental), cuja idade gestacional era superior a 28 semanas.	Neste estudo, o grupo de controle recebeu o PPPP normal e o grupo experimental, para além do programa normal, recebeu mais 2 sessões em grupo, de 90 minutos cada, com base na psicoterapia interpessoal, e e um acompanhamento telefónico no prazo de 2 semanas após o parto. A primeira sessão de educação focou-se na transição para a maternidade, obstáculos à comunicação e competências de comunicação, questões relacionadas com o sexo do bebé e informações sobre a depressão pós-parto. A segunda sessão focou-se no desenvolvimento do apoio social, identificação de potenciais conflitos interpessoais após o parto, competências para a resolução de conflitos interpessoais e questões relacionadas com a prática chinesa do pós-parto “viver o mês”. Técnicas específicas da psicoterapia interpessoal, como a transmissão de informações, esclarecimentos, análise da comunicação, encenação e brainstorming, foram aplicadas ao longo das sessões. Material escrito foi fornecido aos participantes em cada sessão. O acompanhamento telefónico teve como objetivo reforçar as competências aprendidas nas sessões e abordar quaisquer alterações de humor atuais ou previstas associadas a dificuldades interpessoais no pós-parto. Todo o programa foi implementado por EEESMO.	O programa de psicoeducação para o parto pode beneficiar substancialmente as primíparas. O programa de educação para o parto com foco em psicoterapia interpessoal é eficaz na melhoria do apoio social, da competência materna e na redução dos sintomas depressivos aos três meses pós-parto. A melhoria do apoio social pode ter um efeito positivo na competência materna e no bem-estar psicológico das novas mães.
Miquelutti et al./ 2015/Brasil	Ensaio clínico randomizado	Grávidas ingressaram no programa entre 18 e 24 semanas de	O programa em grupo, implementado por fisioterapeutas, compreendeu as seguintes atividades: exercícios físicos supervisionados,	Os principais efeitos positivos resultantes do programa implementado incluíram um menor risco de desenvolver incontinência urinária, melhor

		gestação. Tamanho da amostra NR.	exercícios de relaxamento e atividades educativas (explicações sobre prevenção da dor lombopélvica, função do assoalho pélvico, trabalho de parto e parto, e quais métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizar durante o trabalho de parto) promovidas após as consultas pré-natais. Essas atividades foram realizadas mensalmente, começando quando as grávidas ingressaram no programa e continuando até 30 semanas de gestação, quinzenalmente de 31 a 36 semanas de gestação e semanalmente a partir da 37ª semana até o parto. Informações e materiais impressos sobre os exercícios físicos a serem realizados em casa foram fornecidos.	adesão à prática regular de exercícios físicos e níveis mais baixos de ansiedade. A avaliação do programa mostrou que a orientação fornecida nas sessões e o uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor melhoraram o autocontrole das mulheres durante o trabalho de parto, com todas as mulheres relatando satisfação com a experiência do parto. Os resultados da avaliação mostraram que o programa foi ineficaz na redução da dor lombopélvica durante a gravidez. Uma hipótese para este achado é que a prática supervisionada de exercícios, realizada apenas nos dias da consulta pré-natal, foi insuficiente para evitar ou minimizar este tipo de dor. Estudos que obtiveram melhores resultados basearam-se em exercícios supervisionados realizados semanalmente ou quinzenalmente. Incentivar gestantes a participarem de grupos de exercícios supervisionados realizados semanalmente pode se mostrar uma estratégia melhor para a prevenção da dor lombopélvica. O programa sistematizou atividades de preparação para o parto, organizadas para abranger aspectos relacionados tanto à gravidez quanto ao trabalho de parto, incluindo atividades físicas, educativas e domiciliares. A descrição detalhada do protocolo utilizado pode servir de base para a implementação de PPPP em diferentes contextos.
--	--	----------------------------------	---	--

Rijnders et al./ 2019/Holanda	Estudo de coorte retrospectivo	2318 grávidas (579 do grupo experimental e 1736 do grupo de controle). Grávidas eram incluídas no programa se tivessem a sua primeira consulta pré-natal antes das 24 semanas de gestação.	O CenteringPregnancy é um modelo de cuidados pré-natais no qual as consultas pré-natais individuais tradicionais são substituídas por sessões em grupo. Oferecendo às gestantes exames médicos pré-natais, educação em saúde e apoio de pares, ao longo de 10 sessões de 2 horas. Programa implementado por oito EEESMO.	O grupo experimental compareceu a mais consultas de pré-natal em comparação com o grupo de controle. Menos primíparas do grupo experimental usaram menos alívio da dor durante o trabalho de parto e iniciaram a amamentação com mais frequência. As grávidas do grupo experimental foram mais propensas a sentir que seus desejos em relação ao uso de medicamentos, atividades físicas e exercícios de relaxamento foram ouvidos pelos profissionais de saúde. Elas também se sentiram mais apoiadas para participar ativamente de seus cuidados e se sentiram mais capazes de expressar opiniões sobre os cuidados. O CenteringPregnancy é centrado na mulher e tem apresentado bons resultados, como a redução de partos prematuros e melhores resultados psicossociais. Este modelo tem se mostrado eficaz, especialmente em mulheres de populações marginalizadas, como adolescentes e mulheres migrantes, resultando em uma melhor adesão ao pré-natal, melhor peso durante a gravidez e maior início do aleitamento materno. Estudos dos Estados Unidos mostram que mulheres marginalizadas que recebem cuidados de CenteringPregnancy têm maior probabilidade de parar de fumar, apresentam melhores resultados na gravidez e estão mais bem preparadas para o parto e a maternidade.
Karabulut et al./ 2015/Turquia	Estudo quase-experimental e prospectivo	192 grávidas (69 no grupo experimental e 123 no grupo de	Programa dividido em 5 sessões, de 180 minutos cada, cujos conteúdos educacionais foram: saúde na gravidez, parto e	Antes de participarem no estudo, o grupo experimental e o grupo de controle apresentavam níveis semelhantes de aceitação da

		controle), incluídas no estudo entre 24-28 semanas de gestação.	exercícios respiratórios, amamentação, cuidados com o bebê, período pós-parto e planeamento familiar. As sessões educacionais em grupo foram realizadas por EEESMO utilizando modelos e figuras relevantes apropriados, instrumentos visuais e vídeos. Métodos educacionais de movimento, demonstração e interatividade foram utilizados.	gravidez e identificação com o papel de mãe, enquanto uma diferença significativa foi encontrada nos seus níveis de medo do parto. Quando avaliados novamente após receberem a educação, os níveis de aceitação da gravidez e medo do parto dos dois grupos foram significativamente diferentes. No entanto, eles apresentaram níveis semelhantes de identificação com o papel de mãe. A educação pré-natal parece aumentar a aceitação da gravidez, não afeta a identificação com o papel de mãe e reduz o medo do parto. Um programa sistemático de educação pré-natal, como parte dos serviços de cuidados pré-natais de rotina, ajudaria a reduzir a taxa de intervenções no parto e facilitaria a participação consciente das gestantes no ato do parto, reduzindo seu medo do parto.
Bayrı Bingöl et al./2022/ Turquia	Ensaio clínico randomizado	População inicial de 150 mulheres grávidas. Na fase final 50 grávidas constituíram o grupo experimental e 49 o grupo de controle. Idade gestacional mínima de 20 semanas e máxima de 30 semanas.	PPPP em grupo dividido em 6 sessões, uma por semana durante 3 horas, com base na educação em psicodrama, implementado por um Terapeuta (Psiquiatra e Enfermeiro Especialista em Saúde Mental).	Com este estudo observou-se uma maior redução do medo do parto no grupo experimental em comparação ao grupo controle. Além disso, no período pós-parto, o grupo experimental apresentou uma taxa maior de partos vaginais e um tempo de parto mais curto do que o grupo controle. O psicodrama pode ser um meio eficaz de reduzir o medo do parto e a taxa de cesarianas. A psicoeducação deve ser adicionada aos programas de educação pré-natal. Assim, pode representar uma ferramenta importante nos esforços para melhorar a saúde mental materna e também proporcionar benefícios sociais mais amplos.

Alguns programas apresentaram um enfoque centrado na dinâmica familiar e na experiência relacional da transição para a parentalidade. Tanigo et al. (2025) descreveu uma aula única focada na família, com especial atenção ao irmão mais velho, realizada em contexto hospitalar e em pequenos grupos de até três famílias, promovendo a adaptação do sistema familiar à chegada de um novo bebê. Yeşilfidan and Adana (2025) apresentou um programa de sete sessões, desenvolvido em centros de saúde e baseado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que articulou educação para a saúde durante a gravidez com seguimento até aos quatro meses pós-parto, evidenciando a importância da continuidade de cuidados para além do nascimento.

Outros estudos analisaram programas estruturados com conteúdos adicionais ou modalidades mistas de acompanhamento. No estudo de Triunfo et al. (2023), as participantes frequentaram um programa que combinou componentes presenciais e online ao longo de onze sessões, sendo o grupo experimental exposto a uma aula adicional sobre vacinação na gravidez. De forma semelhante, Gong et al. (2024) descreveu um programa com nove sessões em formato online, complementado por consultas com profissionais especialistas, permitindo articular educação em grupo com aconselhamento individualizado.

A análise identificou também propostas orientadoras para o desenvolvimento de futuros programas. Billingham (2011) apresentou um modelo conceptual organizado em quatro níveis de apoio (família e comunidade, grupos comunitários, integração nos cuidados de rotina e serviços reforçados para populações com maiores necessidades), bem como seis áreas temáticas essenciais: desenvolvimento do bebê; mudanças individuais e familiares; saúde e bem-estar; parto e encontro com o bebê; cuidados ao recém-nascido; e redes de apoio. Este modelo reforça a necessidade de programas flexíveis e ajustados às necessidades das famílias.

Os estudos incluídos demonstraram ainda a integração de componentes psicossociais nos programas. Gao et al. (2012) descreveu uma intervenção baseada na psicoterapia interpessoal, composta por duas sessões em grupo e acompanhamento telefónico no pós-parto, centrada na comunicação, apoio social, gestão de conflitos e prevenção da depressão pós-parto. De forma complementar, Bayrı Bingöl et al. (2022) apresentou um programa baseado em psicodrama, evidenciando o potencial de estratégias de expressão emocional na preparação psicológica para o parto.

Uma outra dimensão relevante foi a integração de atividade física e preparação corporal. Miquelutti et al. (2015) descreveu um protocolo estruturado que combinou exercícios físicos supervisionados, relaxamento e educação em saúde, iniciado entre as 18 e 24 semanas de gestação e com frequência progressivamente crescente até ao parto. O programa incluiu ainda orientações para prática domiciliária, constituindo uma das descrições mais completas da operacionalização da atividade física nos PPPP.

No que se refere à organização dos cuidados, Rijnders et al. (2019) descreveu o modelo CenteringPregnancy, no qual as consultas individuais são substituídas por sessões em grupo, integrando avaliação clínica, educação em saúde e apoio entre pares. Já Karabulut et al. (2015) apresentou um programa estruturado por temas, recorrendo a estratégias pedagógicas interativas e materiais visuais. Em conjunto, estes estudos demonstram que os programas podem assumir formatos estruturados por módulos ou modelos integrados em grupo, com ênfase na educação, empowerment e suporte social.

Relativamente aos resultados, Tanigo et al. (2025) evidenciou aumento da autoestima materna e confiança nas competências parentais, enquanto Yeşilfidan and Adana (2025) reportou melhorias na adaptação ao pós-parto, apoio social e satisfação com a maternidade. Estes achados reforçam o impacto dos programas na transição para a parentalidade e no ajustamento psicossocial.

Os estudos de Triunfo et al. (2023), Gao et al. (2012), Karabulut et al. (2015) e Bayrı Bingöl et al. (2022) destacaram sobretudo outcomes emocionais, incluindo redução da ansiedade e do stress, melhoria do bem-estar psicológico e diminuição do medo do parto, estando este último associado a maior taxa de partos vaginais e menor duração do trabalho de parto. Estes resultados evidenciam a importância da integração de componentes psicoeducativas nos programas.

Foram igualmente identificados ganhos ao nível obstétrico, neonatal e comportamental. Gong et al. (2024) demonstrou melhores resultados obstétricos e neonatais, maior aleitamento materno e maior satisfação com os cuidados. Miquelutti et al. (2015) evidenciou benefícios na prática de exercício físico, redução da ansiedade e aumento do autocontrolo durante o trabalho de parto. Rijnders et al. (2019) destacou maior adesão aos cuidados pré-natais, maior probabilidade de início da amamentação e maior envolvimento das mulheres nos cuidados.

No que respeita às implicações para a presente revisão, os estudos permitiram identificar diferentes formas de operacionalização dos programas e elementos relevantes para a prática clínica. Destaca-se a importância da integração de componentes psicoeducativas, apoio psicossocial, conteúdos específicos e modelos híbridos de intervenção. O estudo de Miquelutti et al. (2015) foi particularmente relevante pela descrição detalhada de um protocolo com atividade física e orientações de segurança. Por sua vez, Rijnders et al. (2019) evidenciou o potencial de modelos centrados na mulher e baseados em grupo. Em conjunto, os achados sugerem que os programas mais robustos são aqueles que combinam educação estruturada, apoio psicossocial e acompanhamento contínuo ao longo da gravidez e pós-parto.

O resumo visual das conclusões da *scoping review* é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Resumo visual das conclusões da *scoping review*

Tipologia dos PPPP	Principais resultados	Implicações para a revisão
Programa centrado na família	↑ competências parentais ↑ autoeficácia ↓ stress ↑ adaptação à parentalidade	Importância da inclusão da família nos PPPP e do impacto na transição para a parentalidade
Programa com acompanhamento pós-parto	↑ competências maternas ↑ vínculo mãe-bebê ↓ stress e ansiedade	Relevância do acompanhamento no pós-parto e continuidade dos cuidados
Programa com componente adicional de vacinação	↑ conhecimento sobre vacinação ↑ adesão à vacinação materna	Integração de conteúdos específicos aumenta literacia em saúde
Programa com metodologia online e presencial	↑ partos normais ↓ complicações pós-parto ↑ conhecimentos e autocuidado	Potencial dos modelos híbridos, em contextos específicos
Programa com psicoterapia interpessoal	↑ competências maternas ↓ sintomas depressivos ↑ bem-estar psicológico	Importância da componente psicossocial nos PPPP
Programa com atividade física	↓ dor lombopélvica ↓ ansiedade ↑ preparação para o parto	Benefícios da integração da atividade física nos PPPP
Programa em grupo	↑ participação ativa ↑ satisfação ↓ partos prematuros ↑ resultados neonatais	Vantagens dos modelos de cuidados em grupo

Programa estruturado por temas educativos	↑ conhecimento ↓ ansiedade ↑ preparação para o parto	Importância da organização estruturada dos conteúdos
Programa com psicodrama	↓ medo do parto ↑ adaptação emocional ↑ empoderamento	Abordagens expressivas podem melhorar a preparação emocional

2.4 Discussão

Tipologias de atividade física que integram os PPPP

No conjunto dos estudos incluídos, a atividade física não surgiu como um componente transversal a todos os PPPP. Em vários artigos, este domínio não foi descrito ou não foi reportado, sugerindo que muitos programas privilegiaram sobretudo conteúdos educativos, psicossociais e de apoio à transição para a parentalidade. Ainda assim, em alguns estudos (Gong et al., 2024) (Miquelutti et al. 2015), a preparação corporal e as recomendações relativas ao exercício foram claramente integradas na estrutura programática, permitindo reconhecer que a atividade física pode assumir um papel relevante nos PPPP, quer como estratégia de promoção do bem-estar materno, quer como recurso de preparação para o trabalho de parto e parto.

No estudo Miquelutti et al. (2015), a componente de atividade física foi descrita de forma particularmente detalhada e sistematizada. O programa incluiu exercícios físicos supervisionados, exercícios de relaxamento e atividades educativas, articulando a preparação física com conteúdos sobre prevenção da dor lombopélvica, função do pavimento pélvico, trabalho de parto, parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor. A intervenção integrava alongamentos gerais, exercícios para a coluna, exercícios para estimulação do fluxo venoso dos membros inferiores, fortalecimento do músculo transverso do abdómen, glúteos e quadríceps, treino dos músculos do assoalho pélvico e técnicas de respiração e relaxamento. Além das sessões presenciais, foram disponibilizadas orientações e materiais impressos para prática domiciliária. Os resultados reportados neste estudo apontaram para menor risco de incontinência urinária, melhor adesão à prática regular de exercício físico, menores níveis de ansiedade e melhor autocontrolo durante o trabalho de parto, embora o programa não tenha demonstrado eficácia na redução da dor lombopélvica durante a gravidez.

Também Gong et al. (2024) integrou uma componente de aconselhamento para o exercício físico, ainda que menos estruturada do que no estudo anterior. Numa das sessões

do programa foram apresentadas recomendações sobre exercício durante a gravidez, incluindo caminhadas, slow jogging, yoga pré-natal e outros exercícios aeróbicos. Os outcomes descritos sugeriram benefícios relevantes, nomeadamente maior taxa de partos vaginais, melhor prognóstico neonatal, maior aleitamento materno exclusivo, menor incidência de complicações pós-parto, menor tempo de internamento e maior satisfação com os cuidados de enfermagem. Embora estes resultados não possam ser atribuídos exclusivamente à componente de exercício, indicam que a integração de recomendações sobre atividade física em programas multimodais poderá contribuir para melhores desfechos maternos e neonatais (Dipietro et al., 2019).

No estudo Karabulut et al. (2015), apesar de a atividade física não estar explicitamente categorizada como componente autónoma na extração de dados, o programa incluía conteúdos sobre parto e exercícios respiratórios, o que demonstra que alguns PPPP incorporam estratégias corporais e respiratórias enquanto recurso preparatório para o nascimento. De forma semelhante, no estudo Rijnders et al. (2019), as participantes do modelo CenteringPregnancy relataram sentir que os seus desejos relativamente a medicação, atividade física e exercícios de relaxamento eram ouvidos pelos profissionais de saúde, sugerindo que este modelo valoriza a discussão individualizada das preferências e necessidades das grávidas também no domínio da preparação corporal. Em conjunto, estes achados mostram que a atividade física nos PPPP pode variar desde recomendações gerais até protocolos estruturados e supervisionados, sendo mais frequentemente descrita quando associada à promoção do conforto materno, à preparação funcional para o parto e ao incentivo à participação ativa da mulher no processo de nascimento (Kuźniar et al., 2023) (Xu et al.2026).

Indicações e contraindicações clínicas para a implementação dos PPPP

A maioria dos estudos não apresentou critérios clínicos detalhados quanto às indicações e contraindicações clínicas para a implementação das PPPP.

No que diz respeito às contraindicações clínicas, apenas Miquelutti et al. (2015) forneceu informação explícita. Para a prática domiciliária não supervisionada, foram definidos sinais de alarme que justificavam a interrupção imediata dos exercícios, incluindo sangramento vaginal, dor torácica ou abdominal, perda de líquido amniótico, cefaleia persistente intensa, palpitações, tonturas, alterações visuais, edema súbito, diminuição dos movimentos fetais, dor ou ardor ao urinar, febre, náuseas ou vômitos persistentes, contrações uterinas frequentes e dispneia em repouso. Este estudo foi o único

a apresentar contraindicações clínicas de forma operacionalizada, reforçando a importância da integração de critérios de segurança claramente definidos e promovidos pelos profissionais de saúde, sempre que os PPPP incluem componentes de exercício físico ou práticas a realizar autonomamente em casa (Hopkinson et al., 2018).

De forma global, os achados sugerem que as indicações e contraindicações clínicas continuam a ser pouco explicitadas nos PPPP, apesar de constituírem um elemento essencial para a implementação segura e consistente destas atividades. Para esta revisão, esta ausência de dados representa um resultado relevante, uma vez que evidencia a necessidade de maior sistematização futura no reporte dos critérios clínicos de elegibilidade, particularmente quando os programas incorporam atividade física, técnicas corporais ou componentes domiciliárias.

Profissionais de saúde responsáveis por construir e implementar os PPPP

Os estudos incluídos evidenciaram que os PPPP são concebidos e implementados por diferentes profissionais de saúde, embora os EEESMO assumam um papel central na maioria dos programas identificados.

Ao nível da implementação, os EEESMO surgem explicitamente envolvidos em vários estudos, nomeadamente nos estudos Tanigo et al. (2025), Gao et al. (2012), Rijnders et al. (2019) e Karabulut et al. (2015). Estes dados reforçam o papel destes profissionais na condução de sessões em grupo, na facilitação da aprendizagem experiencial, na criação de espaços de apoio entre pares e na promoção de cuidados centrados na mulher (Fikre et al., 2023).

Noutros estudos, identificou-se uma composição profissional mais diversificada. No estudo Triunfo et al. (2023), o programa base incluiu a participação de EEESMO, obstetras, pediatras, anestesistas e psicólogos, revelando uma lógica multidisciplinar e sugerindo que os conteúdos de preparação para o parto podem beneficiar da articulação entre diferentes áreas clínicas e psicossociais (Tiske et al., 2026). No estudo Gong et al. (2024), tanto o desenho como a implementação do programa foram atribuídos a médicos e enfermeiros, enquanto no estudo Miquelutti et al. (2015) a intervenção foi implementada por fisioterapeutas, o que é particularmente relevante tendo em conta a forte componente de exercício físico, treino do pavimento pélvico, respiração e relaxamento. Já no estudo Bayrı Bingöl et al. (2022), o programa de psicodrama foi conduzido por um terapeuta com formação em psiquiatria e enfermagem de saúde mental

e psiquiátrica, mostrando que determinadas abordagens psicoeducativas especializadas podem exigir competências específicas na área da saúde mental (Clarke et al., 2013).

No que respeita ao desenho dos programas, os dados são mais incompletos, mas permitem ainda assim reconhecer diferentes modelos de construção programática. Gong et al. (2024) refere a participação de médicos e enfermeiros na conceção do programa; Rijnders et al. (2019) identifica enfermeiras parteiras com apoio da Royal Dutch Midwifery Organization; e Billingham (2011) descreve a contribuição de um "group of experts" para a construção de uma estrutura orientadora para futuros programas de educação pré-natal. Em conjunto, estes elementos sugerem que o desenvolvimento dos PPPP pode resultar quer da experiência clínica direta dos profissionais que os implementam, quer de processos colaborativos mais amplos, baseados em evidência e orientados para as necessidades das famílias (World Health Organization, 2017).

Para esta revisão, a diversidade de profissionais envolvidos constitui um achado importante, na medida em que demonstra que os PPPP podem ser operacionalizados em modelos uniprofissionais, multiprofissionais ou interdisciplinares, dependendo dos objetivos do programa e do tipo de conteúdos incluídos. Ainda assim, a centralidade recorrente dos EEESMO sugere que estes profissionais ocupam um lugar privilegiado na organização e implementação de intervenções educativas e de suporte durante a gravidez e a transição para a parentalidade.

Limitações

Apesar da crescente valorização dos PPPP na promoção da saúde materna e infantil, esta revisão identificou lacunas importantes na literatura, nomeadamente a escassez de estudos que descrevam de forma detalhada a estrutura dos programas, os critérios clínicos de participação e a integração sistemática da atividade física nas intervenções.

Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de PPPP baseados em evidência científica, estruturados e claramente descritos, que permitam uma melhor compreensão dos seus componentes e do impacto na saúde materna e neonatal. Futuras investigações deverão também explorar a eficácia de diferentes modelos de programas e o papel dos profissionais de saúde na sua implementação, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às mulheres durante a gravidez e transição para a parentalidade.

2.5 Conclusão

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear a evidência disponível sobre os PPPP, com particular foco nos tipos de atividade física incluídos, nas indicações e contraindicações clínicas para a participação nestes programas e nos profissionais de saúde responsáveis pelo seu desenho e implementação.

A análise dos estudos incluídos evidenciou uma grande heterogeneidade na estrutura e organização dos PPPP. Embora todos os programas apresentem uma componente educativa estruturada e sejam direcionados a mulheres grávidas, verificaram-se diferenças significativas relativamente aos conteúdos abordados, metodologias pedagógicas utilizadas, formato das sessões e duração das intervenções.

Os programas identificados abordaram várias dimensões da preparação para a parentalidade, incluindo educação na gravidez, preparação para o parto, cuidados ao recém-nascido, amamentação, adaptação à maternidade e bem-estar psicológico. Alguns incluíram ainda apoio psicossocial, intervenções psicoterapêuticas e cuidados em grupo, refletindo uma abordagem cada vez mais abrangente desta transição.

Os programas analisados incluíram, em alguns casos, exercícios físicos supervisionados, técnicas de relaxamento e preparação corporal para o parto, com o objetivo de promover o bem-estar materno, prevenir desconfortos da gravidez e apoiar a gestão da dor no trabalho de parto. No entanto, a atividade física surge frequentemente como componente complementar, e não central, dos programas.

As indicações e contraindicações clínicas para a implementação dos programas revelaram-se pouco exploradas, não sendo descritos de forma detalhada critérios de elegibilidade das participantes. Apenas um estudo apresentou informação sobre sinais de alarme e situações que justificariam a interrupção das atividades, sobretudo em exercícios realizados em casa. Estes resultados evidenciam uma escassez de informação sistematizada sobre a segurança clínica, destacando a necessidade de maior clarificação e padronização, especialmente em programas que incluem atividade física ou práticas não supervisionadas.

Os PPPP são maioritariamente desenvolvidos por profissionais de saúde, com destaque para os EEESMO, que desempenham um papel fundamental na promoção da literacia em saúde, no apoio à transição para a parentalidade e no empoderamento das mulheres ao longo da gravidez e pós-parto.

De forma geral, os estudos analisados sugerem que a participação em PPPP está associada a resultados positivos, nomeadamente melhoria do conhecimento sobre gravidez e parto, aumento da autoeficácia parental, maior preparação para o nascimento e melhoria da adaptação à parentalidade. Contudo, a diversidade metodológica dos estudos e a heterogeneidade dos programas dificultam a comparação direta entre intervenções.

A articulação destes resultados com o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes campos de estágio permitiu-me compreender, de forma integrada, o papel do EEESMO na conceção e implementação dos PPPP. A experiência clínica, nomeadamente na dinamização de sessões de preparação para o parto e parentalidade e no acompanhamento da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal, reforçou a importância de intervenções estruturadas, centradas na mulher e baseadas na evidência científica.

Simultaneamente, foi possível reconhecer na prática lacunas semelhantes às identificadas na literatura, particularmente no que diz respeito à ausência de critérios clínicos claros e de orientação estruturada para a prática de atividade física durante a gravidez.

Como proposta para a prática do EEESMO, destaca-se a necessidade de desenvolver PPPP mais estruturados, com integração de atividade física adaptada, definição de critérios de segurança e reforço da avaliação contínua dos programas, garantindo a sua qualidade e adequação às necessidades das mulheres e famílias.

Referências Bibliográficas

- Abbas, M., Bhamani, S., Kanjani, Y., & Sheikh, L. (2023). Enhancing antenatal education in Pakistan: an audit and recommendations. *BMC Women's Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02799-x>
- Albina Sequeira, Olga Pousa, & Catarina Freitas Amaral. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1ª). Lidel.
- August, F., Pembe, A. B., Mpembeni, R., Axemo, P., & Darj, E. (2016). Effectiveness of the Home Based Life Saving Skills training by community health workers on knowledge of danger signs, birth preparedness, complication readiness and facility delivery, among women in Rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0916-x>
- Aune, D., Sen, A., Henriksen, T., Saugstad, O. D., & Tonstad, S. (2016). Physical activity and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and dose–response meta-analysis of epidemiological studies. *European Journal of Epidemiology*, 31(10), 967–997. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0176-0>
- Barroso, I. (2009). *O ENSINO CLÍNICO NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM*.
- Bayrı Bingöl, F., Demirgoz Bal, M., Dişsiz, M., Taylan Sormageç, M., & Özlükan Çimen, B. (2022). Psychodrama as a new intervention for reducing fear of childbirth: a randomised controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(7), 2946–2953. <https://doi.org/10.1080/01443615.2022.2114329>
- Beydokhti, T. B., Dehnoalian, A., Moshki, M., & Akbary, A. (2021). Effect of educational- counseling program based on precede-proceed model during

Pregnancy on postpartum depression. *Nursing Open*, 8(4), 1578–1586.

<https://doi.org/10.1002/nop2.770>

Billingham, K. (2011). Preparing for parenthood: the role of antenatal education.

Community Practitioner.

Birsner, M. L., & Gyamfi-Bannerman, C. (2015). Committee on Obstetric Practice

Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. In

ACOG COMMITTEE OPINION Number (Vol. 804).

Bitew, Y., Awoke, W., & Chekol, S. (2016). Birth Preparedness and Complication

Readiness Practice and Associated Factors among Pregnant Women, Northwest

Ethiopia. *International Scholarly Research Notices*, 2016, 1–8.

<https://doi.org/10.1155/2016/8727365>

Bø, K., Fleten, C., & Nystad, W. (2009). Effect of Antenatal Pelvic Floor Muscle

Training on Labor and Birth LEVEL OF EVIDENCE: II. In *Obstet Gynecol* (Vol.

113). www.fhi.no/tema/morogbarn

Brasington, A., Abdelmegeid, A., Dwivedi, V., Kols, A., Kim, Y. M., Khadka, N.,

Rawlins, B., & Gibson, A. (2016). Promoting healthy behaviors among egyptian

mothers: A quasi-experimental study of a health communication package

delivered by community organizations. *PLoS ONE*, 11(3).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151783>

British Association of Perinatal Medicine. (2019). *Perinatal Management of Extreme*

Preterm Birth Before 27 Weeks of Gestation A BAPM Framework for Practice.

- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A. R., Cerejeira, I., & Portugal, J. (2023). *GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: PREPARAÇÃO PARA O PARTO*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). *GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: GRAVIDEZ E ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ (DE BAIXO RISCO)*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Cartwright, L. L., Callaghan, L. E., Jones, R. C., Nantanda, R., & Fullam, J. (2022). Perceptions of long term impact and change following a midwife led biomass smoke education program for mothers in rural Uganda: A qualitative study. *Rural and Remote Health*, 22(1). <https://doi.org/10.22605/RRH6893>
- Clarke, K., King, M., & Prost, A. (2013). Psychosocial Interventions for Perinatal Common Mental Disorders Delivered by Providers Who Are Not Mental Health Specialists in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *PLoS Medicine* (Vol. 10, Issue 10). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001541>
- Coskun, A. M., Karakaya, E., & Yasaer, Y. (2009). A safe motherhood education and counselling programme in Istanbul. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14(6), 424–436. <https://doi.org/10.3109/13625180903274460>

de Oliveira Baldo, L., Rosa, P., Ribeiro, Q., Geremias Macedo, A., De, C., Lopes, A.,
Alves De Moraes Rocha, R., & Michel De Oliveira, D. (n.d.). *Gestação e
exercício físico: recomendações, cuidados e prescrição*.

Diário da República. (2009). *Regulamento da Organização e do Funcionamento da
Unidade de Cuidados na Comunidade*.

Dias, I., Moutinho, T., & Prazeres, V. (2020). *Cursos de preparação para o parto e
parentalidade-CPPP e Cursos de recuperação pós-parto-CRPP Equidade na
transição para a maternidade e a paternidade*. www.dgs.pt

Dipietro, L., Evenson, K. R., Bloodgood, B., Sprow, K., Troiano, R. P., Piercy, K. L.,
Vaux-Bjerke, A., & Powell, K. E. (2019). Benefits of Physical Activity during
Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. In *Medicine and Science in
Sports and Exercise* (Vol. 51, Issue 6, pp. 1292–1302). Lippincott Williams and
Wilkins. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001941>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2022). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da
Infecção do Local Cirúrgico*.

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*.

ESSV. (2025). *Plano de Atividades*.

Evans, W. D., Ochu, C. L., Bingenheimer, J. B., Adebayo, S. B., David, F. A., Gar, S.
A., & Abdulkarim, M. (2024). Implementation and Baseline Evaluation of an
Evidence-Based Group Antenatal Care Program in Two Nigerian States.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(11).

<https://doi.org/10.3390/ijerph21111461>

Eze, I. I., Mbachu, C. O., Ossai, E. N., Nweze, C. A., & Uneke, C. J. (2020).

Unlocking community capabilities for addressing social norms/practices:

Behavioural change intervention study to improve birth preparedness and

complication readiness among pregnant women in rural Nigeria. *BMC Pregnancy*

and Childbirth, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03061-0>

Fernanda Vieira, A., & Bastos, C. (2023). *PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO*.

<https://doi.org/10.48684/FVJ>

Ferreira, C. L. M., Guerra, C. M. L., Silva, A. I. T. J., do Rosário, H. R. V., & Pereira,

M. B. F. L. D. O. (2019). Exercise in Pregnancy: The Impact of an Intervention

Program in the Duration of labor and Mode of Delivery. *Revista Brasileira de*

Ginecologia e Obstetricia, 41(2), 68–75. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1675613>

Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilasie, W., & Gerards, S. (2023). Effectiveness of

midwifery-led care on pregnancy outcomes in low- and middle-income countries:

a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1).

<https://doi.org/10.1186/s12884-023-05664-9>

Gao, L. ling, Chan, S. W. chi, & Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal-

psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time

childbearing women at 3-month follow up: Randomised controlled trial.

International Journal of Nursing Studies, 49(3), 274–281.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.010>

- Gębicz, W., Plagens-Rotman, K., & Ulatowska, A. (2019). Motywy uczestnictwa przyszłych rodziców w zajęciach edukacyjnych szkoły rodzenia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 73(3), 243–251. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.32>
- Geko, N., Imamović, F., Hadžimuratović, E., Ovčina, A., Marjanović, M., Marušić, J., Tomić, D., & Đido, V. (2023). The Influence of Psychophysical Preparation of Pregnant Women on the Outcome of Childbirth and Postpartum Recovery. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 5(5), 1–12. <https://doi.org/10.24018/ejmed.2023.5.5.1765>
- Ghods, Z., Asltooghi, M., & Hajiloomohajerani, M. (2012). Exercise and pregnancy: Duration of labor stages and perineal tear rates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31, 441–445. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.12.082>
- Gong, J. Y., Li, Y., Wang, R. H., Liu, L. F., Zhang, J. T., Yao, L., & Wu, J. Y. (2024). The impact of antenatal cluster management on maternal delivery and postpartum rehabilitation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06742-2>
- Graça, L. M. da. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª). Lidel.
- Guimarães, H. (2015). *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)*. XXIV, nº3(3).
- Hinman, S. K., Smith, K. B., Quillen, D. M., & Smith, M. S. (2015). Exercise in Pregnancy: A Clinical Review. *Sports Health*, 7(6), 527–531. <https://doi.org/10.1177/1941738115599358>

- Hopkinson, Y., Hill, D. M., Fellows, L., & Fryer, S. (2018). Midwives understanding of physical activity guidelines during pregnancy. *Midwifery*, 59, 23–26.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.019>
- INEM, & DFEM. (2022). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*.
- Internacional Confederation of Midwives. (2023). *ICM Global Standards for Midwifery Education-Companion Guidelines*.
- Internacional Confederation of Midwives. (2024). *International Definition and Scope of Practice of the Midwife*.
- Internacional Confederation of Midwives. (2025). *ICM Professional Framework for Midwifery Professional Framework for Midwifery*.
- Jacobson, L. T., Zackula, R., Redmond, M. L., Duong, J., & Collins, T. C. (2018). Pioneer baby: suggestions for pre- and postnatal health promotion programs from rural English and Spanish-speaking pregnant and postpartum women. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 653–667. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9930-y>
- Jakubiec, D., Jagielska, K., Karmowski, M., Kubicka, K., Karmowski, A., & Sobiech, K. A. (2014). *Effect of Attending Childbirth Education Classes on Psychological Distress in Pregnant Women Measured by Means of the General Health Questionnaire*.
- Jaras1, M., Mansoorian, M. R., Delshad Noghabi, A., & Nezami, H. (2020). Comparison of Effectiveness Self-care Returns Two Methods of Focus Group Discussions and Teach-back on Lifestyle of Pregnant Women. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*, 26(1), 94–107.
<https://doi.org/10.32598/hms.26.1.2761>

- Juliet, P., Ramalingam, V., & Ramalingam, K. (2024). Effect of Peanut Ball Exercise on Fear of Labour among Primigravida Mother. In *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy* (Vol. 18).
- Kabakyenga, J. K., Östergren, P. O., Turyakira, E., & Pettersson, K. O. (2011). Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among women in rural Uganda. *Reproductive Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-33>
- Kakaşçı, Ç. G., Potur, D. C., Abbasoğlu, D. E., Karabulut, Ö., Merih, Y. D., & Demirci, N. (2022). Is participation in antenatal classes associated with fathers' mental health? A quasi-experimental and prospective study. *Infant Mental Health Journal*, 43(6), 938–950. <https://doi.org/10.1002/imhj.22015>
- Kalisa, R., & Malande, O. O. (2016). Birth preparedness, complication readiness and male partner involvement for obstetric emergencies in rural Rwanda. *Pan African Medical Journal*, 25. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.91.9710>
- Karabulut, Ö., Cos, D., Potur, kuner, Dog, Y., Merih, an, Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2015). *Does antenatal education reduce fear of childbirth?*
- Khalegi, T., Nourizadeh, R., Sattarzadeh-Jahdi, N., Salahzadeh, Z., Saadi, R., & Khalegi, R. (2023). The effect of a childbirth preparation program including posture correction and stretching movements on lordosis and lumbar pain. *International Journal of Nursing Practice*, 29(2). <https://doi.org/10.1111/ijn.13113>
- Khan, Z. A., Turienzo, C. F., Rayment-Jones, H., Vowles, Z., Harding, S., & Sandall, J. (2026). Women's experiences of community-based midwifery continuity of

- care in South London: A longitudinal intersectional study. *Women and Birth*, 39(1). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.102137>
- Kiataphiwasu, N., & Kaewkiattikun, K. (2018). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women attending antenatal care at the faculty of medicine Vajira hospital, Thailand. *International Journal of Women's Health*, 10, 797–804. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S185589>
- Kim, H. K., Jeong, G. H., & Min, H. Y. (2022). The effects of environmental prenatal program on environmental health perception and behavior using internet-based intervention in South Korea: A non-randomized controlled study. *PLoS ONE*, 17(11 November). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277501>
- Kuźniar, A., Wąsiewicz, E., Szawica, D., Fularska, K., & Oleszko, M. (2023). Exercise and pregnancy - review of literature and current recommendations. *Journal of Education, Health and Sport*, 15(1), 35–42. <https://doi.org/10.12775/jehs.2023.15.01.004>
- Lee, C. F., Huang, Y. C., Wen, F. H., Lin, C. J., Chi, L. K., & Chang, C. W. (2020). Effectiveness of individual face-to-face exercise counselling in changing exercise behaviours to relieve symptom distress in pregnant women. *International Journal of Nursing Practice*, 26(4). <https://doi.org/10.1111/ijn.12837>
- Machado, A. P., Castro, T., Tavares, S., Afonso, M., Ferreira, I., & Santo, S. (2022). *NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA SPOMMF Maturação Cervical*.
- Madadi, F. A. S., & Salehi, N. (2026). Knowledge and attitude toward exercise and physical activity during pregnancy among pregnant women: A cross-sectional study. *Journal of Sports and Rehabilitation Sciences*, 3(1), 11–19. <https://doi.org/10.32598/JSRS.2505.1086>

- Maldonado, L. Y., Bone, J., Scanlon, M. L., Anusu, G., Chelagat, S., Jumah, A., Ikemeri, J. E., Songok, J. J., Christoffersen-Deb, A., & Ruhl, L. J. (2020). Improving maternal, newborn and child health outcomes through a community-based women's health education program: A cluster randomised controlled trial in western Kenya. *BMJ Global Health*, 5(12). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003370>
- Manuela Néné, Rosália Marques, & Margarida Amado Batista. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1ª). Lidel.
- Marcoux, S., Brisson, J., & Fabia, J. (1989). The effect of leisure time physical activity on the risk of pre-eclampsia and gestational hypertension. In *Journal of Epidemiology and Community Health* (Vol. 43).
- Mariana Filipa da Silva Ferreira. (2023). *Promoção e Prescrição do Exercício Físico Na Gravidez*.
- Masoud, A. T., AbdelGawad, M. M., Elshamy, N. H., Mohamed, O. M., Hashem, Z. Y., Abd Eltawab, A. K., Samy, A., & Abbas, A. M. (2020). The effect of antenatal exercise on delivery outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* (Vol. 49, Issue 6). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101736>
- Mazzarino, M., Morris, M. E., & Kerr, D. (2021). Pilates for low risk pregnant women: Study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 25, 240–247. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.12.015>

Meleis, A. (2010). *TRANSITIONS THEORY MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE*.

Ministério da Saúde e da Segurança Social. (2018). *PROTOCOLOS NACIONAIS SOBRE OS CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE URGÊNCIA*.

Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2015). Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: An exercise and birth preparation program. *Clinics*, 70(4), 231–236. [https://doi.org/10.6061/clinics/2015\(04\)02](https://doi.org/10.6061/clinics/2015(04)02)

-Mirdar, A., -Motahari Tabari, S., -Ahmad Shirvani, N., & Abstract, M. (2010). *Effect of an Aerobic Exercise Program on Fetal Growth in Pregnant Women* (Vol. 16, Issue 1).

Nisar, A., Yin, J., Zhang, J., Qi, W., Yu, J., Li, J., Li, X., & Rahman, A. (2024). Integrating WHO thinking healthy programme for maternal mental health into routine antenatal care in China: a randomized-controlled pilot trial. *Frontiers in Global Women's Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1475430>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. In *BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Perry, H. B., Rassekh, B. M., Gupta, S., Wilhelm, J., & Freeman, P. A. (2017). Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 1.

- rationale, methods and database description. *Journal of Global Health*, 7(1).
<https://doi.org/10.7189/jogh.07.010901>
- Quintanilha, M., Mayan, M. J., Raine, K. D., & Bell, R. C. (2018). Nurturing maternal health in the midst of difficult life circumstances: A qualitative study of women and providers connected to a community-based perinatal program. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1951-6>
- R Artal, M. O. (2003). *Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period*.
- Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Regulamento n.º 391/2019 (2019).
- Ricchi, A., la Corte, S., Molinazzi, M. T., Messina, M. P., Banchelli, F., & Neri, I. (2020). Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *Clinica Terapeutica*, 171(1), E78–E86. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2193>
- Rijnders, M., Jans, S., Aalhuizen, I., Detmar, S., & Crone, M. (2019). Women-centered care: Implementation of CenteringPregnancy® in The Netherlands. *Birth*, 46(3), 450–460. <https://doi.org/10.1111/birt.12413>
- Rodarte, M. D. de O., Fujinaga, C. I., Leite, A. M., Salla, C. M., da Silva, C. G., & Scochi, C. G. S. (2019). Exposure and reactivity of the preterm infant to noise in the incubator. *CODAS*, 31(5). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192017233>
- Sabancı Baransel, E., Uçar, T., & Güney, E. (2023). Effects of prenatal breast-feeding education on postnatal breast-feeding fear in pregnant women in the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Practice*, 29(2). <https://doi.org/10.1111/ijn.13105>

- Sacristan-Martin, O., Santed, M. A., Garcia-Campayo, J., Duncan, L. G., Bardacke, N., Fernandez-Alonso, C., Garcia-Sacristan, G., Garcia-Sacristan, D., Barcelo-Soler, A., & Montero-Marin, J. (2019). A mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3739-z>
- Salvesen, K. Å., Stafne, S. N., Eggebø, T. M., & Mørkved, S. (2014). Does regular exercise in pregnancy influence duration of labor? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 93(1), 73–79. <https://doi.org/10.1111/aogs.12260>
- Santos, A. (2020). *O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na continuidade dos cuidados pós-parto*.
- Santos-Rocha, R., de Carvalho, M. F., de Freitas, J. P., Wegrzyk, J., & Szumilewicz, A. (2022). Active Pregnancy: A Physical Exercise Program Promoting Fitness and Health during Pregnancy—Development and Validation of a Complex Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph19084902>
- Sartika, D., Razak, A., Arifin, M. A., Balqis, Kardi, M., & Jafar, N. (2024). Evaluation of the Antenatal Care Service Program at the Tojo Una-Una District Health Office. *Pharmacognosy Journal*, 16(3), 615–623. <https://doi.org/10.5530/pj.2024.16.97>
- SNS24. (2018). *Guia para Pais*.
- SNS24. (2024). *Prematuridade*. <https://www.sns24.gov.pt/pt/Tema/Saude-Da-Crianca/Prematuridade/>.

- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2022). *Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável*.
- Takoo, S., Chhugani, M., & Sharma, V. (2013). Effect of Information Education and Communication (IEC) Programme on Knowledge of Pregnant Mothers regarding Prevention and Management of Warning Signs during Pregnancy. *The Nursing Journal of India*.
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal - Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco*.
- Tangke, F., & Valentina, R. (2025). Promosi Kesehatan Kelas Ibu Hamil: Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Prenatal Yoga dan Senam Hamil di PMB Puruk Cahu. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Bidang Ilmu Kebidanan Optimal*.
- Tanigo, T., Marumoto, S., & Endo, M. (2025). Maternal Parental Self-Efficacy Following Child-Focused Birth Preparation Classes for Families Expecting a Second Child: A Pilot Exploratory Study. *Healthcare*, 14(1), 33.
<https://doi.org/10.3390/healthcare14010033>
- Tavares, S. (2019). *Literacia em Saúde e Empoderamento da Grávida na Zona Centro do País*.
- Tiske, P. K., Akduman, A. T., Alparslan, S., Türkçapar, A. F., & Özdemir, Ö. (2026). The impact of antenatal education on mode of delivery and postpartum depression: a retrospective analysis. *Gulhane Medical Journal*.
<https://doi.org/10.4274/gulhane.galenos.2025.06777>

- Triunfo, S., Perossini, S., Burdin, E., de Angeli, E. C., Francesi, M., Garolfi, A., Moretti, J., Paruscio, I., Tassielli, M., Tremolada, M., Gemelli, S., Pedrina, D., & Marconi, A. M. (2023). Increasing Vaccine Uptake during Pregnancy by Using Prenatal Education Classes: An Effective Tool for Health Communication and Promotion. *Children*, 10(9). <https://doi.org/10.3390/children10091466>
- Tyas, D. A., & Yulia Vivra Rahayu Putri. (2024). Empowering Pregnant Women: A Community-Based Health Education Intervention to Promote Healthy Behaviors. *Archives of The Medicine and Case Reports*, 5(4), 893–906. <https://doi.org/10.37275/amcr.v5i4.609>
- Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro. (n.d.). *Serviços clínicos/Ginecologia Obstetrícia*. <https://Ulsra.Min-Saude.Pt/Servicos-Clinicos/Ginecologiaobstetricia/>.
- Warren, L., Rance, J., & Hunter, B. (2017). Eat Well Keep Active: Qualitative findings from a feasibility and acceptability study of a brief midwife led intervention to facilitate healthful dietary and physical activity behaviours in pregnant women. *Midwifery*, 49, 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.002>
- Watkins, V. Y., O'Donnell, C. M., Perez, M., Zhao, P., England, S., Carter, E. B., Kelly, J. C., Frolova, A., & Raghuraman, N. (2021). The impact of physical activity during pregnancy on labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(4), 437.e1-437.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.036>
- World Health Organization. (2017). *WHO Recommendations on Maternal Health - Guidelines approved by the WHO guidelines review committee*.

- World Health Organization. (2020a). *Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities*.
- World Health Organization. (2020b). *WHO GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR*.
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---coverage.
- Xu, H., Chen, W., Liu, R., Cheng, X., Liao, Y., & Li, Y. (2026). From static guidelines to dynamic adaptation: a *scoping review* of maternal physical activity health services worldwide. In *BMC Public Health* (Vol. 26, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25759-6>
- Yang, M., Zhao, C., Lin, S., Guo, X., Yang, J., Ni, S., Zhao, Y., Ai, C., & Zhao, Y. (2025). *Maternal positions reduce occiput posterior malposition and improve vaginal birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. <https://doi.org/10.1016/j>
- Yeşilfidan, D., & Adana, F. (2025). The effect of nursing care based on Meleis' Transition Theory on the women's adjustment to motherhood and perception of their newborns. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08240-5>
- Yousefi, S., Montazeri, S., Javadifar, N., Ghanbari, S., & Ahmadi, A. (2025). Midwife-led psychoeducational life skills training reduces anxiety, stress, and depression in pregnant adolescents: a randomized trial. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-32021-x>

Yüksel, O., Ateş, M., Kızıldağ, S., Yüce, Z., Koç, B., Kandiş, S., Güvendi, G.,

Karakılıç, A., Gümüş, H., & Uysal, N. (2019). Regular aerobic voluntary exercise increased oxytocin in female mice: the cause of decreased anxiety and increased empathy-like behaviors. *Balkan Medical Journal*, 36(5), 257–262.

<https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2019.2018.12.87>

Zmirou, D., Charrel, M., & Veyre, C. (1988). A controlled evaluation of a health education programme for pregnant women in rural areas. In *Journal of Epidemiology and Community Health* (Vol. 42).

Apêndices

Apêndice I

Atividades curriculares desenvolvidas

Semanas	Experiências																																				Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
Partos:																																					
♠ Observados																																					
♠ Colaborados:																																					
- Ap. Celéfica																																					
- Ap. Pélvica																																					
- Distóicos colaborados																																					
♠ Efetuados:																																					
- Com episiotomia																																					
- Sem episiotomia																																					
Vigilância Prestação de Cuidados:																																					
♠ A Parturiente:																																					
- Normal																																					
- De Risco																																					
♠ Ao Recém-Nascido:																																					
- Normal																																					
- De Risco																																					
♠ A Puérpera:																																					
- Normal																																					
- De Risco																																					
Vigilância de Saúde Materna e Fetal																																					
Outras Atividades																																					

Apêndice II

Folheto Informativo - Cuidados com o seu bebé: Sinais de alerta e o que fazer em caso de engasgamento

Sinais de alerta no recém-nascido

Nos primeiros dias de vida, é natural que surjam dúvidas. Conhecer os sinais de alerta ajuda a cuidar com mais segurança. Se notar algum dos sinais abaixo, não hesite em procurar apoio junto dos profissionais de saúde.

- Ausência de choro ou choro fraco e constante.
- Choro fraco, acompanhado de gemido ou som semelhante a um ronco na expiração, pode indicar dificuldades respiratórias.
- A icterícia fisiológica é comum nos primeiros dias e resulta do acúmulo de bilirrubina no organismo. Contudo, se a coloração amarela se tornar intensa ou se estender ao tronco, membros ou planta dos pés, o bebé deve ser observado por um profissional.
- Respiração muito rápida ou irregular;
- Afundamento visível entre as costelas (tiragem);
- Abertura das asas do nariz ao respirar (adejo nasal);
- Gemido, som agudo ao inspirar (estridor);
- Palidez, lábios ou rosto azulados (cianose), suor frio ou agitação.
- Pele com aspeto marmoreado ou muito fria;
- Comportamento muito sonolento ou pouco reativo;
- Pulso irregular;
- Presença de pequenas manchas vermelhas (petéquias) ou arroxeadas (púrpura).
- Temperatura axilar igual ou superior a 38°C, durante mais de 3 dias;
- Febre acompanhada de convulsões, vômitos ou diarreia deve ser sempre avaliada com urgência.



SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

CUIDADOS COM O SEU BEBÉ: SINAIS DE ALERTA E O QUE FAZER EM CASO DE ENGASGAMENTO



HOSPITAIS DE ÁGUEDA | AVEIRO | ESTARREJA

Engasgamento: Como atuar?

É comum os bebés engasgarem-se com leite, saliva ou secreções. Em muitos casos, o reflexo da tosse é suficiente para resolver. No entanto, se o bebé não conseguir desengasgar-se sozinho, siga os passos seguintes:

1. Mantenha a calma.

- Evite soprar ou agitar o bebé. A agitação pode agravar a situação.

2. Se o bebé não consegue tossir, chorar ou respirar:

- Coloque-o de barriga para baixo sobre o seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o corpo.
- Dê 5 pancadas firmes nas costas, entre as omoplatas, com a parte inferior da mão.



3. Se não resultar:

- Vire o bebé de barriga para cima.
- Com dois dedos no centro do tórax (no esterno), faça 5 compressões rápidas e firmes.



4. Se o corpo estranho não for expelido:

- Repita o ciclo de pancadas e compressões;
- Ligue de imediato para o 112.

Unidade Local Saúde Região Aveiro
Avenida Artur Ravara | 3810-501 Aveiro
Telf. 234 378 300 | www.chbv.min-saude.pt

Apêndice III

Folheto Informativo – Trabalho de Parto (versão portuguesa e inglesa)

Não esquecer de trazer para a maternidade:

- Boletim de Saúde da Grávida;
- Todos os exames efetuados na gravidez (análises, ecografias e outros relevantes);
- Enxoval da mãe e bebé.




Saúde 24
808 24 24 24
Obstetria II/Ginecologia
234 378 331
Bloco de Partos
234 378 322


Trabalho de Parto
Serviço de Obstetria II/Ginecologia



Como é que eu sei que estou em trabalho de parto?

O início do trabalho de parto pode gerar dúvidas, especialmente se for a primeira gravidez. No entanto, existem alguns sinais que podem ajudar a identificar que o parto se está a aproximar:

- **Expulsão do rolhão mucoso:** trata-se de uma secreção espessa, gelatinosa, com tonalidade rosada ou acastanhada. Pode ocorrer horas ou até dias antes do início efetivo do trabalho de parto.
- **Contrações uterinas regulares:** surgem com intervalos de cerca de 10 minutos e tornam-se progressivamente mais frequentes, ritmadas e intensas. Estas contrações são geralmente descritas como uma dor tipo cólica, que começa na região lombar e irradia para a zona abdominal, semelhante à dor menstrual.

Em algumas situações, podem ocorrer contrações irregulares que não aumentam de intensidade nem frequência. Estas geralmente aliviam com repouso, hidratação ou mudança de posição, são conhecidas como **contrações de Braxton Hicks** e não indicam o início do trabalho de parto.

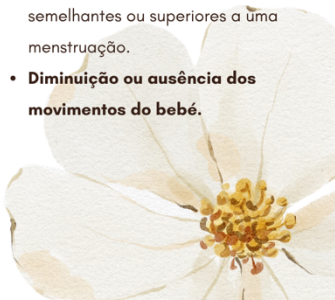
O que fazer quando surgem os primeiros sinais?

- ✓ Manter a calma e serenidade.
- ✓ Estar atenta aos movimentos do bebé.
- ✓ Respirar de forma lenta e profunda durante as contrações, ajudando na oxigenação do bebé.
- ✓ Aplicar estratégias de alívio, como caminhar, bola de pilates, aromaterapia, entre outros.



Quando deve dirigir-se à maternidade?

- **Rotura da bolsa de águas,** mesmo sem contrações. É importante observar a cor do líquido, se for esverdeado ou com sangue, é necessário procurar assistência de imediato.
- **Contrações uterinas intensas, regulares e frequentes,** como duas a três contrações a cada 10 minutos.
- **Perdas de sangue vaginais** semelhantes ou superiores a uma menstruação.
- **Diminuição ou ausência dos movimentos do bebé.**



Don't forget to bring to the maternity unit:

- Pregnancy Health Record Booklet;
- All test results from the pregnancy (blood tests, ultrasounds, and any other relevant exams);
- Hospital bag for both mother and baby.



Saúde 24

808 24 24 24

Obstetrícia II/Ginecologia

234 378 331

Bloco de Partos

234 378 322

What to do when you're in Labor?

Serviço de Obstetrícia II/Ginecologia



How to know if you are in labor?

The beginning of labor can bring some uncertainty, especially during a first pregnancy. However, there are some signs that can help identify when labor is starting:

- **Loss of the mucus plug**, this is a thick, jelly-like discharge that may be pink or brown in color. It can be expelled hours or even days before labor begins.
- **Regular uterine contractions**, these typically start with intervals of around 10 minutes and gradually become more frequent, intense, and rhythmic. These contractions are often described as cramp-like pain that begins in the lower back and radiates to the abdomen, similar to menstrual pain.

Sometimes, **irregular contractions** may occur that do not increase in strength or frequency. These usually ease with rest, hydration, or a change of position, they are known as **Braxton Hicks contractions** and do not necessarily indicate the onset of labor.

What to do when signs appear?

- ✓ Stay calm and composed.
- ✓ Pay close attention to the baby's movements.
- ✓ Breathe slowly and deeply during contractions to support the baby's oxygenation.
- ✓ Use comfort measures such as walking, a birthing ball, aromatherapy, among others.



When to go to the maternity unit?

- **Rupture of membranes** (water breaking), even without contractions. Observe the color of the fluid, if it is greenish or blood-stained, seek medical attention immediately.
- **Strong, regular, and frequent uterine contractions**, such as two to three contractions every 10 minutes, lasting for at least an hour.
- **Vaginal bleeding** that is similar to or heavier than a menstrual period.
- **Decreased or absent fetal movements**.



Apêndice IV

Folheto Informativo – Alimentação Saudável (versão portuguesa e inglesa)

Qual a importância da alimentação na gravidez?

Durante a gravidez, uma alimentação equilibrada e variada é essencial para o crescimento saudável do bebé. É através dos nutrientes que consome que o seu corpo se adapta às mudanças da gestação e o bebé recebe aquilo de que precisa para crescer e desenvolver-se.

Não precisa de comer por dois.

Deve, sim, comer com qualidade, não em quantidade. Escolher alimentos nutritivos e seguros faz toda a diferença.



Saúde 24

808 24 24 24

Obstetria II/Ginecologia

234 378 331

Bloco de Partos

234 378 322

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO

Alimentação na Gravidez

Serviço de Obstetria II/Ginecologia



Conselhos práticos:

- Lavar bem todos os frutos e vegetais antes de consumir.
- Evitar saladas ou alimentos crus preparados fora de casa.
- Cozinhar bem toda a carne, peixe e ovos.
- Lavar frequentemente as mãos enquanto prepara as refeições.
- Não deixar restos de comida fora do frigorífico por mais de 2 horas.



Alimentação saudável

- ✓ Fazer 5 a 6 refeições por dia, comer com intervalos regulares ajuda a manter os níveis de energia e pode aliviar os enjoos e azia.
- ✓ Preferir alimentos frescos e naturais, evitando os processados com corantes e conservantes.
- ✓ Optar por métodos de confeção saudáveis, como cozidos, grelhados ou no forno.
- ✓ Incluir alimentos ricos em fibra como cereais integrais, legumes, fruta e leguminosas, para ajudar a prevenir a obstipação.
- ✓ Consumir leite e derivados, dando preferência aos pasteurizados.
- ✓ Carne e peixe sempre bem passados, para evitar infeções como a toxoplasmose e a listeriose.
- ✓ Massa, arroz e cereais, de preferência integrais.
- ✓ Beber 1,5 a 2 litros de água por dia.

Alimentos a evitar:

- Conservas, enchidos, marisco, carnes salgadas e fumadas.
- Fritos, fast food, molhos e alimentos muito gordurosos.
- Sal em excesso.
- Doces em grandes quantidades, evitando o açúcar refinado.
- Bebidas alcoólicas (não existe um consumo seguro de álcool na gravidez).
- Café (máx. 1 chávena por dia) e outras bebidas com cafeína, como chá preto, verde e refrigerantes com cafeína.
- Bebidas gaseificadas e energéticas.
- Frutos secos podem ser incluídos com moderação, desde que estejam naturais (sem sal, açúcar ou óleos adicionados) e não haja alergias.

Deves optar por



What is the importance of nutrition during pregnancy?

During pregnancy, eating a balanced and varied diet is essential for your baby's healthy growth. Through the nutrients you consume, your body adapts to the changes of pregnancy, and your baby receives what they need to grow and develop.

You don't need to eat for two.

What matters is eating with quality, not quantity. Choosing nutritious and safe foods makes all the difference.



Saúde 24

808 24 24 24

Obstetrícia II/Ginecologia

234 378 331

Bloco de Partos

234 378 322

Nutrition during Pregnancy

Serviço de Obstetrícia II/Ginecologia



Safety tips:

- Wash all fruits and vegetables thoroughly before eating.
- Avoid raw salads or uncooked food prepared outside your home.
- Always cook meat, fish and eggs thoroughly.
- Wash your hands often when preparing food.
- Don't leave leftovers out of the fridge for more than 2 hours.



Healthy Diet

- ✓ Have 5 to 6 small meals per day, regular meals help maintain energy levels and may reduce nausea or heartburn.
- ✓ Choose fresh, natural foods, and avoid processed foods with additives and preservatives.
- ✓ Use healthy cooking methods, such as steaming, grilling or baking.
- ✓ Eat fiber-rich foods like whole grains, legumes, fruits and vegetables, to help prevent constipation.
- ✓ Include dairy products, preferably pasteurized.
- ✓ Meat and fish must be thoroughly cooked to avoid infections such as toxoplasmosis and listeriosis.
- ✓ Rice, pasta and cereals, preferably whole grain.
- ✓ Drink 1.5 to 2 liters of water per day.

Foods to avoid:

- Canned foods, cured meats, seafood, salted or smoked meats.
- Fried food, fast food, sauces, and greasy meals.
- Excess salt.
- Excess sweets, avoid especially refined sugar.
- Alcoholic drinks (there is no safe amount of alcohol during pregnancy).
- Coffee (limit to 1 small cup a day) and other caffeine sources like black/green tea and soft drinks.
- Sodas and energy drinks.
- Nuts may be included in moderation if they're natural (no added salt, sugar or oils) and if there are no allergies.

Don't forget



Apêndice V

Folheto Informativo – Hipertensão na Gravidez (versão portuguesa e inglesa)

Em caso de agravamento de sintomas deve recorrer de imediato à Urgência da Maternidade.





Saúde 24
808 24 24 24

Obstetria II/Ginecologia
234 378 331

Bloco de Partos
234 378 322

Hipertensão na Gravidez

Serviço de Obstetria II/Ginecologia



REPÚBLICA PORTUGUESA

SNS

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO

O que é hipertensão na gravidez?

A hipertensão na gravidez ocorre quando os valores da tensão arterial sobem de forma súbita ou mantida, ultrapassando os 140/90 mmHg. Pode surgir em qualquer fase da gravidez, mas é mais comum após as 20 semanas.

Quando não é detetada e acompanhada atempadamente, pode evoluir para pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, condições clínicas graves que colocam em risco a saúde da grávida e o desenvolvimento do bebé.



Sinais e Sintomas

- ✓ Tensão arterial $\geq 140/90$ mmHg
- ✓ Dores de cabeça persistentes, que não aliviam com repouso.
- ✓ Náuseas ou vômitos, sem outra causa aparente.
- ✓ Dor na parte superior do abdómen, especialmente do lado direito.
- ✓ Alterações na visão: visão turva, luzes a piscar, sensibilidade à luz.
- ✓ Aumento súbito de peso, em poucos dias.
- ✓ Inchaço acentuado (edema) nas mãos, pés e rosto.

Cuidados a ter

Se tem diagnóstico de hipertensão na gravidez ou está a ser vigiada por suspeita, estes cuidados ajudam a prevenir complicações:

- Repousar ao longo do dia, com as pernas elevadas sempre que possível.
- Garantir pelo menos 8 horas de sono por noite.
- Reduzir o sal na alimentação (evitar alimentos processados ou enlatados).
- Evitar o álcool e o tabaco.
- Manter uma alimentação equilibrada e adequada à gravidez.
- Evitar situações de stress - respirar fundo, pede apoio.
- Monitorizar a tensão arterial em casa, preferencialmente:
 - sempre no braço esquerdo.
 - sentada, em repouso por pelo menos 5 minutos.
 - com os pés apoiados no chão e o braço ao nível do coração.
- Cumprir rigorosamente a medicação prescrita.
- Manter o plano de vigilância obstétrica atualizado, com consultas e análises regulares.

In case of worsening symptoms, you should go immediately to the Maternity Emergency Department.



Saúde 24

808 24 24 24

Obstetrícia II/Ginecologia

234 378 331

Bloco de Partos

234 378 322

Hypertension in Pregnancy

Serviço de Obstetrícia II/Ginecologia



What is Hypertension in Pregnancy?

Hypertension in pregnancy occurs when blood pressure rises suddenly or remains elevated, with values above 140/90 mmHg. It can develop at any stage of pregnancy but is more common after 20 weeks.

If not detected and managed in time, it may progress to pre-eclampsia or eclampsia, serious medical conditions that can put both the mother and baby at risk.



Signs and Symptoms

- ✓ Blood pressure $\geq 140/90$ mmHg
- ✓ Persistent headaches that don't improve with rest.
- ✓ Nausea or vomiting without another clear cause.
- ✓ Pain in the upper abdomen, especially on the right side.
- ✓ Visual changes: blurry vision, flashing lights, or light sensitivity.
- ✓ Sudden weight gain within a few days.
- ✓ Significant swelling in the hands, feet, and face.

Care Measures

If you've been diagnosed with hypertension during pregnancy or are being monitored for it, these measures can help reduce risks:

- Rest during the day, keeping your legs elevated when possible.
- Get at least 8 hours of sleep per night.
- Limit salt intake (avoid processed and canned foods).
- Avoid alcohol and smoking.
- Maintain a balanced and pregnancy-appropriate diet.
- Reduce stress - breathe deeply, seek support.
- Monitor your blood pressure at home, preferably:
 - On the left arm.
 - While seated, after at least 5 minutes of rest.
 - With feet flat on the floor and the arm supported at heart level.
- Take any prescribed medication exactly as directed.
- Keep up with your prenatal appointments and necessary lab tests.

Apêndice VI

Folheto Informativo – Dia Mundial da Menopausa



Nova fase

A menopausa é uma etapa natural da vida da mulher, que deve ser vivida com **conhecimento, acompanhamento e cuidado**. Com informação adequada e vigilância contínua, é possível manter o **equilíbrio físico, emocional e sexual**, promovendo a qualidade de vida nesta fase.



Saúde 24
808 24 24 24

Obstetrícia II/Ginecologia
234 378 331

Urgência
234 378 322



Dia Mundial da Menopausa

18 de Outubro
Serviço de Obstetrícia II/Ginecologia



O que é a menopausa?

A menopausa é definida como a **cessação permanente da menstruação**, resultante da perda funcional folicular ovárica. Considera-se estabelecida após **12 meses consecutivos de amenorreia** (ausência de menstruação), sem outra causa patológica evidente.

Geralmente ocorre entre os **45 e os 55 anos de idade**, sendo um processo **fisiológico e natural** na vida da mulher.

A menopausa integra um período mais amplo denominado **climatério**, que corresponde à transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da vida da mulher. Este período pode estender-se por vários anos e caracteriza-se por alterações hormonais, com impacto físico e emocional variável.

Principais manifestações

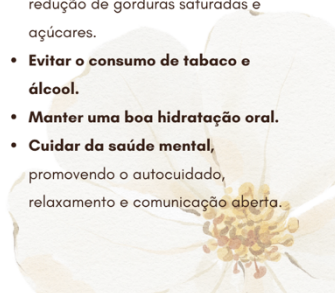
Os sintomas associados à menopausa resultam da **diminuição progressiva dos níveis de estrogénio** e podem variar em tipo e intensidade:

- ✓ Ondas de calor e suores noturnos
- ✓ Secura e atrofia vaginal, com possível dor durante o contacto sexual
- ✓ Alterações do sono
- ✓ Alterações de humor, irritabilidade, ansiedade ou tristeza
- ✓ Fadiga e diminuição da concentração
- ✓ Redução da libido
- ✓ Alterações na pele, unhas e cabelo

Cuidados recomendados

A menopausa requer **vigilância regular** e adoção de **estilos de vida saudáveis**, que promovam o bem-estar global da mulher. Recomenda-se:

- **Consulta regular com o profissional de saúde** para avaliação individualizada e rastreios adequados.
- **Prática de exercício físico** regular.
- **Alimentação equilibrada**, rica em cálcio, vitamina D e fibras e com redução de gorduras saturadas e açúcares.
- **Evitar o consumo de tabaco e álcool.**
- **Manter uma boa hidratação oral.**
- **Cuidar da saúde mental**, promovendo o autocuidado, relaxamento e comunicação aberta.



Apêndice VII

Estratégia de Pesquisa

MEDLINE (PubMed): searched on January 13th, 2026.		
Search	Query	Records Retrieved
#1	Pregnancy[MeSH Terms] OR Pregnancy[Title/Abstract] OR Gestation[Title/Abstract] OR "gestational status"[Title/Abstract] OR "embryofetal development"[Title/Abstract] OR "embryo fetal development"[Title/Abstract] OR Embryonic Development[MeSH Terms] OR Embryonic and Fetal Development[MeSH Terms]	1,449,360
#2	"reproductive health education program"[Title/Abstract] OR Maternal-Child Health Services[MeSH Terms] OR Women's Health[MeSH Terms] OR Women's Health Services[MeSH Terms]	40,451
#3	"antenatal and perinatal"[Title/Abstract] OR "exercise"[MeSH Terms] OR "exercise therapy"[MeSH Terms] OR "physical activity"[Title/Abstract] OR "sports practice"[Title/Abstract]	426,569
#4	#1 AND #2 AND #3	307

CINAHL (EBSCO): searched on January 28th, 2026.		
Search	Query	Records retrieved
#1	XB (Pregnancy OR Gestation OR "gestational status" OR "embryofetal development" OR "embryo fetal development" OR Embryonic Development OR Embryonic and Fetal Development)	171,788
#2	XB ("reproductive health education program" OR Maternal-Child Health Services OR Women's Health OR Women's Health Services)	50,880
#3	XB ("antenatal and perinatal" OR "exercise" OR "exercise therapy" OR "physical activity" OR "sports practice")	201,726
#4	(#1) AND (#2) AND (#3)	496

ProQuest: searched on January 28th, 2026.		
Search	Query	Records retrieved
#1	abstract(pregnancy) OR abstract(gestation)	259 652
#2	abstract(health and physical education programs) OR abstract(health and education and programs)	88 569
#3	abstract(antenatal) OR abstract(postnatal)	75 418
#4	(#1) AND (#2) AND (#3)	481

Scopus: searched on January 28th, 2026.		
Search	Query	Records retrieved
#1	TITLE-ABS-KEY (Pregnancy) OR TITLE-ABS-KEY (Gestation) OR TITLE-ABS-KEY (embryofetal development) OR TITLE-ABS-KEY (Embryonic AND Fetal Development)	1,417,158
#2	TITLE-ABS-KEY (reproductive health education program) OR TITLE-ABS-KEY (Maternal-Child Health Services) OR TITLE-ABS-KEY (Women's Health Services)	129,235
#3	TITLE-ABS-KEY (exercise) OR TITLE-ABS-KEY (physical activity) OR TITLE-ABS-KEY (exercise therapy) OR TITLE-ABS-KEY (sports practice)	1,504,457
#4	(#1) AND (#2) AND (#3)	1,136

B-On: searched on January 28th, 2026.		
Search	Query	Records retrieved
#1	AB (pregnancy) OR AB (gestation)	1,850,562
#2	AB (health and physical education) OR AB (Maternal-Child Health Services)	231,275
#3	AB (exercise)	2,108,198
#4	#1 AND #2 AND #3	458

Apêndice VIII

Artigos excluídos após leitura do texto integral

Abbas, M., Bhamani, S., Kanjani, Y., & Sheikh, L. (2023). Enhancing antenatal education in Pakistan: an audit and recommendations. <i>BMC Women's Health</i> , 23(1). https://doi.org/10.1186/s12905-023-02799-x	Inelegibilidade pelo conceito
August, F., Pembe, A. B., Mpembeni, R., Axemo, P., & Darj, E. (2016). Effectiveness of the Home Based Life Saving Skills training by community health workers on knowledge of danger signs, birth preparedness, complication readiness and facility delivery, among women in Rural Tanzania. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 16(1). https://doi.org/10.1186/s12884-016-0916-x	Inelegibilidade pelos participantes
Beydokhti, T. B., Dehnoalian, A., Moshki, M., & Akbary, A. (2021). Effect of educational- counseling program based on precede-proceed model during Pregnancy on postpartum depression. <i>Nursing Open</i> , 8(4), 1578–1586. https://doi.org/10.1002/nop2.770	Inelegibilidade pelo conceito
Bitew, Y., Awoke, W., & Chekol, S. (2016). Birth Preparedness and Complication Readiness Practice and Associated Factors among Pregnant Women, Northwest Ethiopia. <i>International Scholarly Research Notices</i> , 2016, 1–8. https://doi.org/10.1155/2016/8727365	Inelegibilidade pelo conceito
Brasington, A., Abdelmegeid, A., Dwivedi, V., Kols, A., Kim, Y. M., Khadka, N., Rawlins, B., & Gibson, A. (2016). Promoting healthy behaviors among egyptian mothers: A quasi-experimental study of a health communication package delivered by community organizations. <i>PLoS ONE</i> , 11(3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151783	Inelegibilidade pelo conceito
Cartwright, L. L., Callaghan, L. E., Jones, R. C., Nantanda, R., & Fullam, J. (2022). Perceptions of long term impact and change following a midwife led biomass smoke education program for mothers in rural Uganda: A qualitative study. <i>Rural and Remote Health</i> , 22(1). https://doi.org/10.22605/RRH6893	Inelegibilidade pelo conceito
Coskun, A. M., Karakaya, E., & Yasaer, Y. (2009). A safe motherhood education and counselling programme in Istanbul. <i>European Journal of Contraception and Reproductive Health Care</i> , 14(6), 424–436. https://doi.org/10.3109/13625180903274460	Inelegibilidade pelos participantes
Evans, W. D., Ochu, C. L., Bingenheimer, J. B., Adebayo, S. B., David, F. A., Gar, S. A., & Abdulkarim, M. (2024). Implementation and Baseline Evaluation of an Evidence-Based Group Antenatal Care Program in Two Nigerian States. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 21(11). https://doi.org/10.3390/ijerph21111461	Inelegibilidade pelos participantes
Eze, I. I., Mbachu, C. O., Ossai, E. N., Nweze, C. A., & Uneke, C. J. (2020). Unlocking community capabilities for addressing social norms/practices: Behavioural change intervention study to improve birth preparedness and complication readiness among pregnant women in rural Nigeria. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 20(1). https://doi.org/10.1186/s12884-020-03061-0	Inelegibilidade pelo conceito
Gębicz, W., Plagens-Rotman, K., & Ulatowska, A. (2019). Motywy uczestnictwa przyszłych rodziców w zajęciach edukacyjnych szkoły rodzenia. <i>Pielęgniarstwo Polskie</i> , 73(3), 243–251. https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.32	Inelegibilidade pelo conceito
Geko, N., Imamović, F., Hadžimuratović, E., Ovčina, A., Marjanović, M., Marušić, J., Tomić, D., & Đido, V. (2023). The Influence of Psychophysical Preparation of Pregnant Women on the Outcome of Childbirth and Postpartum Recovery. <i>European Journal of Medical and Health Sciences</i> , 5(5), 1–12. https://doi.org/10.24018/ejmed.2023.5.5.1765	Inelegibilidade pelo conceito
Jacobson, L. T., Zackula, R., Redmond, M. L., Duong, J., & Collins, T. C. (2018). Pioneer baby: suggestions for pre- and postnatal health promotion programs from rural English and Spanish-speaking pregnant and postpartum women. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , 41(5), 653–667. https://doi.org/10.1007/s10865-018-9930-y	Inelegibilidade pelo conceito
Jakubiec, D., Jagielska, K., Karmowski, M., Kubicka, K., Karmowski, A., & Sobiech, K. A. (2014). Effect of Attending Childbirth Education Classes on Psychological Distress in Pregnant Women Measured by Means of the General Health Questionnaire.	Inelegibilidade pelos participantes

Jarasl, M., Mansoorian, M. R., Delshad Noghabi, A., & Nezami, H. (2020). Comparison of Effectiveness Self-care Returns Two Methods of Focus Group Discussions and Teach-back on Lifestyle of Pregnant Women. <i>Quarterly of the Horizon of Medical Sciences</i> , 26(1), 94–107. https://doi.org/10.32598/hms.26.1.2761	Inelegibilidade pelo conceito
Juliet, P., Ramalingam, V., & Ramalingam, K. (2024). Effect of Peanut Ball Exercise on Fear of Labour among Primigravida Mother. In <i>Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy</i> (Vol. 18).	Inelegibilidade pelo conceito
Kabakyenga, J. K., Östergren, P. O., Turyakira, E., & Pettersson, K. O. (2011). Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among women in rural Uganda. <i>Reproductive Health</i> , 8(1). https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-33	Inelegibilidade pelo conceito
Kakaşçı, Ç. G., Potur, D. C., Abbasoğlu, D. E., Karabulut, Ö., Merih, Y. D., & Demirci, N. (2022). Is participation in antenatal classes associated with fathers' mental health? A quasi-experimental and prospective study. <i>Infant Mental Health Journal</i> , 43(6), 938–950. https://doi.org/10.1002/imhj.22015	Inelegibilidade pelos participantes
Kalisa, R., & Malande, O. O. (2016). Birth preparedness, complication readiness and male partner involvement for obstetric emergencies in rural Rwanda. <i>Pan African Medical Journal</i> , 25. https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.91.9710	Inelegibilidade pelo conceito
Khalegi, T., Nourizadeh, R., Sattarzadeh-Jahdi, N., Salahzadeh, Z., Saadi, R., & Khalegi, R. (2023). The effect of a childbirth preparation program including posture correction and stretching movements on lordosis and lumbar pain. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 29(2). https://doi.org/10.1111/ijn.13113	Inelegibilidade pelo conceito
Kiataphiwasu, N., & Kaewkiattikun, K. (2018). Birth preparedness and complication readiness among pregnant women attending antenatal care at the faculty of medicine Vajira hospital, Thailand. <i>International Journal of Women's Health</i> , 10, 797–804. https://doi.org/10.2147/IJWH.S185589	Inelegibilidade pelo conceito
Kim, H. K., Jeong, G. H., & Min, H. Y. (2022). The effects of environmental prenatal program on environmental health perception and behavior using internet-based intervention in South Korea: A non-randomized controlled study. <i>PLoS ONE</i> , 17(11 November). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277501	Inelegibilidade pelo conceito
Lee, C. F., Huang, Y. C., Wen, F. H., Lin, C. J., Chi, L. K., & Chang, C. W. (2020). Effectiveness of individual face-to-face exercise counselling in changing exercise behaviours to relieve symptom distress in pregnant women. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 26(4). https://doi.org/10.1111/ijn.12837	Inelegibilidade pelo conceito
Madadi, F. A. S., & Salehi, N. (2026). Knowledge and attitude toward exercise and physical activity during pregnancy among pregnant women: A cross-sectional study. <i>Journal of Sports and Rehabilitation Sciences</i> , 3(1), 11–19. https://doi.org/10.32598/JSRS.2505.1086	Inelegibilidade pelo conceito
Maldonado, L. Y., Bone, J., Scanlon, M. L., Anusu, G., Chelagat, S., Jumah, A., Ikemeri, J. E., Songok, J. J., Christoffersen-Deb, A., & Ruhl, L. J. (2020). Improving maternal, newborn and child health outcomes through a community-based women's health education program: A cluster randomised controlled trial in western Kenya. <i>BMJ Global Health</i> , 5(12). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003370	Inelegibilidade pelo conceito
Mazzarino, M., Morris, M. E., & Kerr, D. (2021). Pilates for low risk pregnant women: Study protocol for a randomized controlled trial. <i>Journal of Bodywork and Movement Therapies</i> , 25, 240–247. https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.12.015	Inelegibilidade pelo conceito
-Mirdar, A., -Motahari Tabari, S., -Ahmad Shirvani, N., & Abstract, M. (2010). <i>Effect of an Aerobic Exercise Program on Fetal Growth in Pregnant Women</i> (Vol. 16, Issue 1).	Inelegibilidade pelo conceito
Nisar, A., Yin, J., Zhang, J., Qi, W., Yu, J., Li, J., Li, X., & Rahman, A. (2024). Integrating WHO thinking healthy programme for maternal mental health into routine antenatal care in China: a randomized-controlled pilot trial. <i>Frontiers in Global Women's Health</i> , 5. https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1475430	Inelegibilidade pelo conceito
Perry, H. B., Rassekh, B. M., Gupta, S., Wilhelm, J., & Freeman, P. A. (2017). Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 1.	Inelegibilidade pelo conceito

rationale, methods and database description. <i>Journal of Global Health</i> , 7(1). https://doi.org/10.7189/jogh.07.010901	
Quintanilha, M., Mayan, M. J., Raine, K. D., & Bell, R. C. (2018). Nurturing maternal health in the midst of difficult life circumstances: A qualitative study of women and providers connected to a community-based perinatal program. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 18(1). https://doi.org/10.1186/s12884-018-1951-6	Inelegibilidade pelo conceito
Ricchi, A., la Corte, S., Molinazzi, M. T., Messina, M. P., Banchelli, F., & Neri, I. (2020). Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. <i>Clinica Terapeutica</i> , 171(1), E78–E86. https://doi.org/10.7417/CT.2020.2193	Inelegibilidade pelo conceito
Sabancı Baransel, E., Uçar, T., & Güney, E. (2023). Effects of prenatal breast-feeding education on postnatal breast-feeding fear in pregnant women in the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 29(2). https://doi.org/10.1111/ijn.13105	Inelegibilidade pelo conceito
Sacristan-Martin, O., Santed, M. A., Garcia-Campayo, J., Duncan, L. G., Bardacke, N., Fernandez-Alonso, C., Garcia-Sacristan, G., Garcia-Sacristan, D., Barcelo-Soler, A., & Montero-Marin, J. (2019). A mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: Study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> , 20(1). https://doi.org/10.1186/s13063-019-3739-z	Inelegibilidade pelos participantes
Santos-Rocha, R., de Carvalho, M. F., de Freitas, J. P., Wegrzyk, J., & Szumilewicz, A. (2022). Active Pregnancy: A Physical Exercise Program Promoting Fitness and Health during Pregnancy—Development and Validation of a Complex Intervention. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 19(8). https://doi.org/10.3390/ijerph19084902	Inelegibilidade pelo conceito
Sartika, D., Razak, A., Arifin, M. A., Balqis, Kardi, M., & Jafar, N. (2024). Evaluation of the Antenatal Care Service Program at the Tojo Una-Una District Health Office. <i>Pharmacognosy Journal</i> , 16(3), 615–623. https://doi.org/10.5530/pj.2024.16.97	Inelegibilidade pelo conceito
Takoo, S., Chhugani, M., & Sharma, V. (2013). Effect of Information Education and Communication (IEC) Programme on Knowledge of Pregnant Mothers regarding Prevention and Management of Warning Signs during Pregnancy. <i>The Nursing Journal of India</i> .	Inelegibilidade pelo conceito
Tangke, F., & Valentina, R. (2025). Promosi Kesehatan Kelas Ibu Hamil: Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Prenatal Yoga dan Senam Hamil di PMB Puruk Cahu. <i>Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Bidang Ilmu Kebidanan Optimal</i> .	Inelegibilidade pelo conceito
Tyas, D. A., & Yulia Vivra Rahayu Putri. (2024). Empowering Pregnant Women: A Community-Based Health Education Intervention to Promote Healthy Behaviors. <i>Archives of The Medicine and Case Reports</i> , 5(4), 893–906. https://doi.org/10.37275/amcr.v5i4.609	Inelegibilidade pelo conceito
Warren, L., Rance, J., & Hunter, B. (2017). Eat Well Keep Active: Qualitative findings from a feasibility and acceptability study of a brief midwife led intervention to facilitate healthful dietary and physical activity behaviours in pregnant women. <i>Midwifery</i> , 49, 117–123. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.002	Inelegibilidade pelo conceito
Yousefi, S., Montazeri, S., Javadifar, N., Ghanbari, S., & Ahmadi, A. (2025). Midwife-led psychoeducational life skills training reduces anxiety, stress, and depression in pregnant adolescents: a randomized trial. <i>Scientific Reports</i> , 15(1). https://doi.org/10.1038/s41598-025-32021-x	Inelegibilidade pelos participantes
Zmrou, D., Charrel, M., & Veyre, C. (1988). A controlled evaluation of a health education programme for pregnant women in rural areas. In <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> (Vol. 42).	Inelegibilidade pelo conceito