



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Cuidados respeitosos na maternidade: perspetivas das mulheres e dos profissionais de saúde

Ana Sofia Lopes Afonso | Patrícia Alexandra dos Santos Afonso

Data
junho de 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Cuidados respeitosos na maternidade: perspetivas das mulheres e dos profissionais de saúde

Revisão Narrativa da Literatura

Ana Sofia Lopes Afonso, 52011224

Patrícia Alexandra dos Santos Afonso, 20220908

Orientador

Professor Assistente Convidado Bruno Sérgio Ezequiel Gomes

Trabalho Final de Curso apresentado à Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, realizado sob a orientação científica do Professor Assistente Convidado Bruno Sérgio Ezequiel Gomes, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho de 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora, Ângela Sofia Lopes Simões

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Doutora, Ana Paula dos Reis Carmona

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Mestre, Bruno Sérgio Ezequiel Gomes

Professor Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Em primeiro lugar aos meus pais, José Afonso e Matilde Afonso, pelo amor constante, apoio incansável e pela orientação em cada etapa da minha vida. Obrigada pela confiança depositada em mim e por me transmitirem valores que levarei comigo para sempre.

À minha filha, Matilde Afonso, que, mesmo sem ter consciência disso, foi o alicerce que sustentou este percurso. A sua presença representou a minha maior fonte de motivação, inspirando-me diariamente com a força e a determinação necessárias para enfrentar os desafios e alcançar a conclusão desta etapa.

À minha irmã, Susana Afonso, cunhado, Luís Costa e afilhada, Carolina Costa, que sempre considerei serem um verdadeiro pilar na minha vida. Obrigada por estarem sempre presentes, por saberem sempre o que dizer e por serem uma fonte de apoio, compreensão e carinho.

Ao meu companheiro de vida, José Ricardo Martins, pelo apoio incondicional, pela compreensão constante e pela presença incansável ao longo de todo este percurso. Obrigada por estares sempre ao meu lado, por me amparares nos momentos mais difíceis e por seres o meu porto de abrigo. A tua dedicação, generosidade e confiança foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

A todos os restantes familiares que me incentivaram a seguir este sonho de me tornar enfermeira, pela preocupação, pelo carinho e pelo amor que sempre demonstraram ao longo de toda a minha caminhada académica. A todos, o meu sincero agradecimento.

À loja PT0329, pelo apoio constante, compreensão e incentivo ao longo desta jornada. A disponibilidade e a confiança demonstradas permitiram-me conciliar os desafios académicos com a vida profissional, tornando possível a concretização deste objetivo.

A todos os meus amigos, que me apoiaram e caminharam ao meu lado ao longo deste percurso, que se veio a revelar como alguns dos melhores anos da minha vida. A todos vós, o meu sincero agradecimento.

Este trabalho também é um bocadinho vosso.

Ana Sofia Lopes Afonso

Em primeiro lugar, aos meus pais, Cristina Afonso e José Afonso, o meu maior exemplo de superação. Obrigada por todo o apoio, por cada palavra de incentivo e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao meu namorado, Marco Roxo, pelo amor, pela paciência e pela presença constante ao longo de todo este caminho. Obrigada por estares sempre ao meu lado, por me dares coragem nos dias mais difíceis e por seres, tantas vezes, o conforto de que precisava para continuar.

Às minhas irmãs, Cátia Afonso e Rita Afonso, pelo carinho, pela cumplicidade e por serem um apoio verdadeiro em todas as fases da minha vida. Obrigada por estarem presentes, por saberem sempre como me fazer sorrir e por tornarem este percurso mais leve.

Aos restantes familiares, pelo incentivo, pela preocupação e pelo carinho demonstrado ao longo deste percurso. Cada gesto vosso teve significado e ficará sempre comigo.

À minha amiga, Beatriz Morais, que conheci quando entrei no curso e que rapidamente se tornou alguém essencial nesta fase da minha vida. Obrigada pela amizade, pelo companheirismo, pela ajuda e por teres caminhado ao meu lado ao longo deste percurso. Ensinaste-me que é possível trabalhar sem competições nem comparações, apenas com o desejo genuíno de ver a

outra mostrar tudo aquilo de que é capaz. Levo a certeza de que ganhei em ti uma amiga para a vida.

A todos os enfermeiros que tive oportunidade de acompanhar durante este percurso, por me terem acolhido com tanto cuidado. Obrigada por terem acreditado em mim, nas minhas capacidades e conhecimentos, mesmo quando eu própria duvidava deles. Obrigada por me verem para além de uma estudante e me reconhecerem como futura colega. Obrigada por tudo o que me ensinaram e por todas as oportunidades proporcionadas, contribuindo para que terminasse o curso mais preparada para os desafios que me esperam na vida profissional.

Por fim, a todas as pessoas que aceitaram serem cuidadas por mim ao longo destes anos. Apesar de nunca me ter imaginado a trabalhar nesta área, reconheço hoje a nobreza de quem escolhe cuidar de quem já tanto cuidou. Gostaria de poder mencionar cada um de vós; na impossibilidade de o fazer, certifico-me de que vos recordarei sempre. Levarei comigo cada história, cada ensinamento e cada momento partilhado. Com vocês aprendi aquilo que nenhum livro ou aula é capaz de ensinar. Se tiver o privilégio de envelhecer, espero um dia ser capaz de carregar comigo a mesma força, sabedoria, ternura e resiliência que encontrei em tantos de vós. Obrigada por me terem permitido cuidar, mas sobretudo por me terem ensinado tanto sobre a vida e o que realmente nela importa.

Este percurso leva um pouco de cada um de vós, e será sempre também vosso.

Patrícia Alexandra dos Santos Afonso

Agradecimentos

A realização deste trabalho representa a conclusão de uma importante etapa do nosso percurso acadêmico, marcada por desafios, aprendizagens e conquistas que contribuíram significativamente para o nosso crescimento pessoal e profissional. Este percurso não teria sido possível sem o apoio e o incentivo de várias pessoas, às quais manifestamos a nossa profunda gratidão.

Às nossas famílias, agradecemos o amor, a compreensão e o apoio incondicional demonstrados ao longo desta caminhada. Obrigada por estarem sempre presentes, por acreditarem nas nossas capacidades e por nos incentivarem a perseverar perante cada desafio.

Aos nossos amigos, deixamos uma palavra de reconhecimento pela amizade, companheirismo e encorajamento constante. A vossa presença e apoio foram fundamentais para tornar este percurso mais leve e gratificante.

Ao nosso orientador, Professor Bruno Gomes, expressamos o nosso sincero agradecimento pela orientação, disponibilidade e acompanhamento prestados ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho. O seu conhecimento, dedicação e apoio foram determinantes para a concretização deste projeto.

A todos os professores e enfermeiros que fizeram parte da nossa formação académica, o nosso agradecimento pelo conhecimento transmitido, pela partilha de experiências e pelo contributo valioso para o nosso desenvolvimento enquanto futuras profissionais e enquanto pessoas.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista, o nosso mais sincero obrigado. O vosso apoio e exemplo permanecerão como uma referência nesta nova etapa que agora se inicia.

“Respectful maternity care is not a luxury. It is a right.”

White Ribbon Alliance, 2011

Resumo

Introdução: Os cuidados respeitosos na maternidade têm assumido crescente relevância enquanto componente essencial da qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica, centrando-se na promoção da dignidade, da autonomia, da privacidade, da comunicação eficaz e da participação ativa da mulher em todas as decisões relacionadas com o processo gravídico-puerperal. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos na área obstétrica, persistem práticas de desrespeito, abuso e intervenções realizadas sem consentimento informado, comprometendo a experiência das mulheres e a humanização dos cuidados.

Objetivos: Analisar os cuidados respeitosos na maternidade a partir das perspetivas das mulheres e dos profissionais de saúde, identificando os principais fatores associados à sua promoção ou limitação, bem como os modelos de cuidados que melhor sustentam a sua implementação.

Metodologia: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, baseada na análise crítica de estudos científicos relacionados com os cuidados respeitosos na maternidade, violência obstétrica, comunicação clínica, tomada de decisão partilhada e modelos de cuidados em saúde materna. O enquadramento teórico adotado baseou-se na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e no modelo de cuidados centrados na mulher.

Resultados: Os resultados evidenciaram que a experiência do parto é subjetiva e influenciada por múltiplos fatores, destacando-se a relação terapêutica entre a mulher e os profissionais, a continuidade de cuidados, a qualidade da comunicação, o ambiente de parto e o reconhecimento da autonomia da mulher. A literatura demonstra que os modelos centrados na mulher favorecem experiências mais positivas, maior satisfação materna, menor intervencionismo e maior perceção de controlo e respeito. Em contrapartida, o modelo biomédico, centrado na gestão do risco e na medicalização do parto, surge frequentemente associado à limitação da autonomia da mulher e à normalização de práticas desrespeitosas. Os estudos analisados revelaram ainda que os profissionais de saúde reconhecem a importância dos CRM, mas enfrentam barreiras organizacionais e institucionais que dificultam a sua concretização.

Conclusão: Conclui-se que os cuidados respeitosos na maternidade devem ser entendidos como um eixo estruturante da qualidade assistencial e não como um complemento da prática clínica. A sua promoção exige uma abordagem integrada que articule mudanças ao nível da formação profissional, da organização dos serviços, das políticas de saúde e dos modelos de cuidados, garantindo que todas as mulheres recebam cuidados seguros, humanizados e verdadeiramente respeitosos ao longo de todo o *continuum* gravídico-puerperal.

Palavras-chave

Cuidados respeitosos na maternidade; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Experiência da mulher; Cuidados centrados na mulher; Qualidade dos cuidados

Abstract

Introduction: Respectful maternity care (RMC) has gained increasing relevance as an essential component of quality maternal and obstetric healthcare, focusing on the promotion of dignity, autonomy, privacy, effective communication, and women's active participation in all decisions related to the pregnancy, childbirth, and postpartum process. Despite scientific and technological advances in obstetric care, disrespectful practices, abuse, and interventions performed without informed consent continue to occur, compromising women's experiences and the humanization of care.

Objectives: To analyse respectful maternity care from the perspectives of women and healthcare professionals, identifying the main factors associated with its promotion or limitation, as well as the models of care that best support its implementation.

Methodology: A narrative literature review was conducted, based on the critical analysis of scientific studies related to respectful maternity care, obstetric violence, clinical communication, shared decision-making, and maternal healthcare models. The theoretical framework adopted was based on Jean Watson's Theory of Human Caring and the woman-centered care model.

Results: The findings showed that the childbirth experience is subjective and influenced by multiple factors, particularly the therapeutic relationship between women and healthcare professionals, continuity of care, quality of communication, birth environment, and recognition of women's autonomy. The literature demonstrates that woman-centered models of care promote more positive birth experiences, greater maternal satisfaction, reduced interventionism, and a greater sense of control and respect. In contrast, the biomedical model, focused on risk management and the medicalization of childbirth, is often associated with limitations on women's autonomy and the normalization of disrespectful practices. The studies also revealed that healthcare professionals recognize the importance of respectful maternity care but face organizational and institutional barriers that hinder its implementation.

Conclusion: Respectful maternity care should be understood as a fundamental dimension of healthcare quality rather than an optional complement to clinical practice. Its promotion requires an integrated approach involving changes in professional education, healthcare service organization, health policies, and care models, ensuring that all women receive safe, humanized, and truly respectful care throughout the pregnancy–childbirth–postpartum *continuum*.

Keywords

Respectful maternity care; Maternal and Obstetric Health Nursing; Women's experience; Woman-centered care; Quality of care

Índice Geral

1. Introdução	1
2. Metodologia.....	5
3. Enquadramento Teórico.....	9
3.1. A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson	9
3.2. Cuidados Respeitosos na Maternidade: bases conceptuais.....	12
3.3. Modelos de cuidados	14
4. Discussão de Resultados.....	21
4.1. Perspetivas da mulher acerca dos cuidados respeitosos na maternidade	21
4.2. Perspetivas dos profissionais de saúde acerca dos cuidados respeitosos na maternidade	29
4.3. Estratégias para a promoção dos cuidados respeitosos na maternidade.....	35
4.4. Modelos de cuidados que sustentam os cuidados respeitosos na maternidade	40
4.5. <i>Framework</i> conceptual integrador dos cuidados respeitosos na maternidade	48
5. Considerações Finais.....	51
Referências Bibliográficas.....	53

Índice de figuras

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, adaptado do modelo PRISMA – Fonte: Elaboração Própria.....	8
Figura 2 - Clientes dos cuidados especializados em ESMO. Fonte: OE (2021).	17
Figura 3 - <i>Framework</i> conceptual integrador com base nos CRM. Fonte: Elaboração Própria com base na revisão narrativa da literatura.	49

Lista de tabelas

Tabela 1 - Questões de investigação e objetivos do trabalho - Fonte: Elaboração Própria.	3
Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão – Fonte: Elaboração Própria.	6
Tabela 3 - Equação de Pesquisa – PubMed – Fonte: Elaboração Própria.....	7
Tabela 4 - Equação de Pesquisa da Web of Science - Fonte: Elaboração Própria.....	7
Tabela 5 - Componentes do quadro teórico - Fonte: Elaboração Própria.....	11
Tabela 6 - Síntese dos principais modelos, abordagens e princípios relacionados com os CRM. Fonte: Elaboração Própria.	15
Tabela 7 - Fatores facilitadores de uma experiência positiva no continuum gravídico-puerperal - Fonte: Elaboração Própria.	23
Tabela 8 - Fatores associados a experiências negativas no continuum gravídico-puerperal - Fonte: Elaboração Própria.	24
Tabela 9 - Consequências da experiência negativa no parto e PP - Fonte: Elaboração Própria.	25
Tabela 10 - Evolução Conceptual da Violência Obstétrica – Fonte: Elaboração Própria.	27
Tabela 11 - Manifestações da Violência Obstétrica na perspectiva da mulher – Fonte: Elaboração Própria.....	28
Tabela 12 - Barreiras e facilitadores dos cuidados respeitosos na perspectiva dos profissionais. Fonte: Elaboração Própria.	35
Tabela 13 - Síntese das principais estratégias para a promoção dos CRM e respetivos níveis de intervenção. Fonte: Elaboração Própria.....	36
Tabela 14 - Os diferentes modelos/abordagens de cuidados e o seu contributo para os CRM. Fonte: Elaboração Própria.	41
Tabela 15 - Princípios estruturantes dos cuidados centrados na mulher e a sua operacionalização no contexto obstétrico. Fonte: Elaboração Própria.....	44

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA	<i>American Psychological Association</i>
APDMGP	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto
CIP	Confederação Internacional de Parteiras
CRM	Cuidados Respeitosos na Maternidade
Dr.	Doutor
EE-ESMO	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ESALD	Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias
ESMO	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
IPCB	Instituto Politécnico de Castelo Branco
MLU	<i>Midwifery-led unit</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PP	Pós-Parto
PQCE-ESMO	Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses</i> (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises)
RN	Recém-nascido
TP	Trabalho de Parto
VO	Violência Obstétrica
WHO	World Health Organization

1. Introdução

Os cuidados respeitosos na maternidade (CRM), no contexto da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) representam uma abordagem essencial para assegurar que todas as mulheres recebam cuidados dignos, empáticos e centrados nas suas necessidades individuais. Estes cuidados enfatizam o respeito pelos direitos humanos, a valorização da autonomia da mulher e a consideração pelas suas necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais ao longo do *continuum* gravídico-puerperal (Cantor et al., 2024; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2024).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO (PQCE-ESMO) defendem os CRM como um elemento essencial da qualidade assistencial, promovendo práticas que respeitam a dignidade, a privacidade e os direitos da mulher. Estes padrões preconizam ainda uma abordagem centrada na mulher, favorecendo a sua participação ativa e informada nas decisões relacionadas com a sua saúde sexual e reprodutiva, de acordo com os seus valores, crenças e preferências individuais (OE, 2021).

Garantir o acesso universal a cuidados de saúde sexual e reprodutiva seguros, aceitáveis e de qualidade constitui uma estratégia fundamental para reduzir significativamente as taxas globais de morbilidade e mortalidade materna. Contudo, apesar dos avanços verificados nos últimos anos, muitas mulheres continuam a relatar experiências de cuidados desrespeitosos, abusivos ou negligentes durante a gravidez, parto e o pós-parto (PP) (Bohren et al., 2019; Mena-Tudela et al., 2022; World Health Organization (WHO), 2014).

Estudos internacionais realizados em diferentes contextos geográficos reportam que uma proporção significativa de mulheres experiencia situações de desrespeito e abuso durante o trabalho de parto (TP), frequentemente descritas na literatura como “violência obstétrica (VO)” (Bohren et al., 2019). Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, parto ou puerpério, as mulheres encontram-se particularmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e para a criança (WHO, 2014).

Relatos destas situações incluem violência física (WHO, 2014), humilhação verbal (WHO, 2014), ausência de consentimento informado (Hakimi et al., 2025), violação da privacidade e confidencialidade (Ishola et al., 2017), negligência (WHO, 2014), abandono de cuidados (Ishola et al., 2017) e realização de procedimentos sem explicação (Hakimi et al., 2025). Para além de representarem uma violação dos direitos humanos fundamentais, estas práticas comprometem a confiança das mulheres nos serviços de saúde e podem constituir um importante desestímulo à procura de cuidados obstétricos (Hakimi et al., 2025).

A literatura demonstra que os cuidados desrespeitosos podem ter consequências físicas, emocionais e psicológicas significativas para a mulher, tanto a curto como a longo prazo. Entre as consequências mais frequentemente descritas encontram-se dor e sofrimento (Nielsen & Overgaard, 2020), depressão PP (Adinew et al., 2023; Reed et al., 2017), transtorno de stress pós-traumático (Adinew et al., 2023; Reed et al., 2017), sentimentos profundos de culpa e tristeza (Adinew et al., 2023; Reed et al., 2017), fobia do parto (Westergård et al., 2025), imagem corporal negativa (Nielsen & Overgaard, 2020), insatisfação ou angústia (Adinew et al., 2023), comprometimento da autoestima e sensação de impotência (Petit-Steeghs et al., 2019), dificuldades no vínculo mãe-recém-nascido (RN) e problemas relacionados com a amamentação (Reed et al., 2017; Galle et al., 2026). Estas experiências podem ainda influenciar negativamente futuras decisões reprodutivas e a perceção global da maternidade.

Neste contexto, tem-se verificado um consenso crescente relativamente à importância de compreender as experiências e perceções das mulheres sobre os cuidados recebidos durante a gravidez, o parto e o PP. A análise destas perspectivas permite identificar lacunas na qualidade assistencial, compreender fatores associados à satisfação com os cuidados e promover práticas

mais humanizadas, seguras e culturalmente sensíveis (OE, 2024). Estudos demonstram que mulheres satisfeitas com os cuidados recebidos apresentam maior probabilidade de voltar a recorrer aos serviços de saúde, aderir às recomendações dos profissionais e recomendar as instituições a outras mulheres (Adinew et al., 2023).

Apesar de as perspetivas das mulheres serem fundamentais para a compreensão deste fenómeno, torna-se igualmente importante analisar as perspetivas dos profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica. A literatura evidencia que os enfermeiros especialistas e outros profissionais reconhecem diversas práticas de desrespeito e abuso como incompatíveis com os princípios éticos e profissionais da assistência em saúde. Ainda assim, alguns profissionais referem que determinadas intervenções são realizadas em contextos de urgência clínica ou como forma de salvaguardar a segurança materno-fetal (Mehretie Adinew et al., 2021; Ofori-Parku et al., 2025).

Adicionalmente, os estudos identificam múltiplos fatores associados à ocorrência de cuidados desrespeitosos, incluindo a sobrecarga de trabalho, stress e esgotamento dos profissionais (Feeley et al., 2022), a precariedade das infraestruturas das unidades de saúde (Begley et al., 2018), incluindo a escassez de medicamentos e materiais, e a perceção dos profissionais de saúde de que algumas mulheres apresentam comportamentos considerados difíceis (Mehretie Adinew et al., 2021; Ofori-Parku et al., 2025). Estes fatores podem comprometer a capacidade dos profissionais para estabelecer relações terapêuticas adequadas e prestar cuidados verdadeiramente centrados na mulher.

A escolha desta temática justifica-se pela crescente relevância científica, clínica e social atribuída aos CRM. Nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo do número de publicações científicas dedicadas a este tema, tendência que é igualmente evidenciada pelos dados obtidos nos motores de busca científicos. Por exemplo, no PubMed observa-se um crescimento expressivo do número de artigos publicados ao longo dos últimos 10 anos, confirmando o interesse crescente da comunidade científica por esta temática.

Paralelamente, diversas instituições de saúde têm demonstrado um interesse crescente nesta área, reconhecendo a sua relevância no contexto dos cuidados de saúde (OE, 2021, 2024; WHO, 2014). Acresce ainda que vários estudos analisados salientam a necessidade de aprofundar a investigação sobre esta temática, identificando lacunas importantes no conhecimento existente.

Neste sentido, o presente trabalho pretende descrever, analisar e discutir o conhecimento existente sobre os CRM, explorando as perspetivas das mulheres e dos profissionais de saúde, bem como os modelos de cuidados que sustentam esta abordagem, contribuindo para uma compreensão integrada e contextualizada do fenómeno.

Considera-se que esta temática apresenta elevada pertinência para a prática de enfermagem, particularmente no contexto da ESMO, pela necessidade de promover cuidados seguros, humanizados, éticos e centrados na mulher.

Neste contexto, a realização deste trabalho procura responder às seguintes questões de investigação: “Quais são as perspetivas das mulheres, descritas na literatura, sobre os cuidados respeitosos na maternidade?”; “Quais são as perspetivas dos profissionais de saúde, descritas na literatura, sobre os cuidados respeitosos na maternidade?” e “Que modelos de cuidados, descritos na literatura, sustentam a prestação de cuidados respeitosos na maternidade?”.

Para responder a estas questões, foram definidos três objetivos gerais: explorar as perspetivas das mulheres acerca dos cuidados respeitosos na maternidade descritas na literatura; analisar as perspetivas dos profissionais de saúde acerca dos cuidados respeitosos na maternidade descritas na literatura; identificar os modelos de cuidados descritos na literatura que sustentam os CRM.

As questões de investigação e os respetivos objetivos gerais e específicos encontram-se sistematizados na Tabela 1.

Tabela 1 - Questões de investigação e objetivos do trabalho - Fonte: Elaboração Própria.

Questões de Investigação	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Quais são as perspectivas das mulheres, descritas na literatura, sobre os cuidados respeitosos na maternidade?	Explorar as perspectivas das mulheres acerca dos cuidados respeitosos na maternidade descritas na literatura.	Analisar o conceito de cuidados respeitosos na maternidade à luz da literatura.
		Explorar as perspectivas das mulheres acerca dos cuidados respeitosos na maternidade, identificando os fatores que influenciam a sua experiência.
		Analisar as principais consequências dos cuidados desrespeitosos na maternidade para a mulher.
Quais são as perspectivas dos profissionais de saúde, descritas na literatura, sobre os cuidados respeitosos na maternidade?	Analisar as perspectivas dos profissionais de saúde acerca dos cuidados respeitosos na maternidade descritas na literatura.	Explorar as perspectivas dos profissionais de saúde acerca dos cuidados respeitosos na maternidade, identificando as principais barreiras à sua implementação.
		Identificar estratégias descritas na literatura que sustentem a promoção de cuidados respeitosos na maternidade.
Que modelos de cuidados, descritos na literatura, sustentam a prestação de cuidados respeitosos na maternidade?	Identificar os modelos de cuidados descritos na literatura que sustentam os cuidados respeitosos na maternidade.	Refletir sobre quais os modelos de cuidados, descritos na literatura, que sustentam os cuidados respeitosos na maternidade.

Atendendo à natureza do fenómeno em análise, o presente trabalho apoia-se numa perspectiva teórica centrada na humanização do cuidado, no respeito pela dignidade da mulher e na valorização da sua experiência subjetiva no contexto da maternidade. Neste sentido, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e o modelo de cuidados centrados na mulher constituem referenciais conceptuais relevantes para sustentar a análise e interpretação da literatura. Do ponto de vista epistemológico, o trabalho aproxima-se de uma perspectiva compreensiva e interpretativa, na medida em que procura analisar os significados, experiências e perceções associados aos CRM descritos na literatura.

Embora, segundo Nené & Sequeira (2022), não exista consenso quanto a uma estrutura-padrão para a apresentação de revisões narrativas da literatura, optou-se, no presente trabalho, por uma organização inspirada na proposta de Ferrari (2015) (Sukhera, 2022). Assim, adotou-se uma estrutura próxima do modelo IMRD (Introdução, Métodos, Resultados e Discussão), com adaptação à natureza deste estudo, não se constituindo os resultados como capítulo autónomo, mas antes integrados na discussão, em articulação com o enquadramento teórico.

O trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo corresponde à Introdução, onde se contextualiza o tema, se apresenta a sua relevância e se definem as questões de investigação e os objetivos do estudo. O segundo capítulo descreve a Metodologia adotada, incluindo o tipo de revisão, o processo de pesquisa bibliográfica e os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. O terceiro capítulo corresponde ao Enquadramento Teórico, no qual são desenvolvidos os principais conceitos e referenciais relacionados com os CRM. O quarto capítulo integra a Discussão, onde os resultados da literatura são analisados criticamente à luz das questões de investigação e dos referenciais teóricos adotados. Por fim, o quinto capítulo apresenta a Conclusão, sintetizando os principais contributos do trabalho, as implicações para a prática de enfermagem e possíveis linhas de investigação futura. Seguem-se as Referências Bibliográficas, que reúnem as fontes consultadas ao longo da elaboração do estudo.

2. Metodologia

Tipo de Estudo

O presente trabalho corresponde a uma revisão narrativa da literatura, opção metodológica adequada para descrever, analisar e discutir criticamente o conhecimento existente sobre uma determinada temática, permitindo integrar diferentes perspectivas teóricas e empíricas sobre um determinado fenómeno e identificar tendências, convergências, divergências e lacunas do conhecimento. Este tipo de revisão é particularmente útil quando se pretende construir uma leitura abrangente de fenómenos complexos, como os CRM, articulando a evidência científica com os referenciais conceptuais relevantes (Cavalcante, 2020; Sequeira & Néné, 2022).

Atendendo à natureza do fenómeno em estudo, esta revisão narrativa aproxima-se de uma perspectiva epistemológica compreensiva e interpretativa, uma vez que procura analisar criticamente significados, experiências e percepções descritos na literatura acerca dos CRM, quer na perspectiva das mulheres, quer na perspectiva dos profissionais de saúde, bem como identificar os modelos de cuidados que os sustentam (Cavalcante, 2020; Sequeira & Néné, 2022).

Estratégia de pesquisa bibliográfica

Para a elaboração deste trabalho recorreremos à pesquisa bibliográfica e à análise de artigos científicos relevantes e atualizados, entre março e abril de 2026, nas seguintes bases de dados digitais: *PubMed* e *Web of Science*. Estas bases foram selecionadas por oferecerem acesso a literatura científica relevante para o tópico a estudar, revisada por pares e atualizada (Cronin et al., 2008).

A pesquisa bibliográfica foi conduzida com recurso a descritores em língua portuguesa e inglesa e à aplicação dos operadores booleanos AND e OR, com o objetivo de refinar os resultados e selecionar artigos com maior relevância para a temática em estudo (Cronin et al., 2008). Estes foram utilizados para combinar os termos:

- “cuidados respeitosos na maternidade” OR “cuidados centrados na mulher” OR “cuidados centrados na pessoa” OR “parto humanizado”
- “gravidez” OR “parto” OR “trabalho de parto” OR “período pós-parto” OR “puérpera” OR “serviços de saúde materna” OR “cuidados de maternidade”
- “mulheres grávidas” OR “mães” OR “mulher” OR “obstetrícia” OR “enfermeiras/midwives” OR “profissionais de saúde” OR “obstetras”
- “experiência” OR “percepção” OR “perspetiva” OR “opinião” OR “satisfação” OR “satisfação das utentes” OR “atitude dos profissionais de saúde”
- “investigação qualitativa” OR “entrevista” OR “grupo focal” OR “fenomenologia” OR “etnografia” OR “métodos mistos”
- “Europa” OR “União Europeia”

A pesquisa bibliográfica foi orientada por palavras-chave como “*respectful maternity care, disrespect and abuse, childbirth experience, woman-centered care, maternal care, midwife e models of care*”.

A equação de pesquisa foi estruturada em diferentes blocos conceptuais, nomeadamente: (1) conceitos-chave relacionados com os CRM e a humanização dos cuidados; (2) o *continuum* de cuidados, abrangendo as fases da gravidez, parto e PP; (3) o contexto assistencial, incluindo serviços de obstetrícia, sala de partos e ambiente hospitalar; e (4) a dimensão das experiências e percepções das mulheres e dos profissionais de saúde.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão com o objetivo de orientar a seleção da literatura mais relevante para a revisão narrativa. Estes critérios permitiram selecionar estudos relacionados com os CRM, a experiência das mulheres, a perspetiva dos profissionais de saúde, os modelos de cuidados centrados na mulher e as estratégias de prevenção de cuidados desrespeitosos, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão – Fonte: Elaboração Própria.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos científicos publicados entre 2016 e 2026, (pesquisa realizada entre março e abril de 2026).	Artigos científicos duplicados.
Artigos científicos redigidos em inglês e português.	Artigos científicos publicados fora do período temporal definido.
Estudos realizados em diferentes contextos internacionais, com valorização particular dos estudos em contexto europeu.	Artigos científicos realizados exclusivamente em contexto domiciliário ou comunitário, sem relação direta com os cuidados de maternidade, TP, parto ou PP em contexto institucional.
Artigos científicos que abordem os CRM ao longo do <i>continuum</i> da gravidez-parto-PP, com particular enfoque nos cuidados prestados em contexto de maternidade/hospitalar.	Artigos científicos centrados exclusivamente em situações clínicas ou populações muito específicas, sem possibilidade de contributo para a compreensão geral dos CRM.
	Artigos sem contributos relevantes para responder às questões de investigação definidas.

Seleção de Estudos

A seleção dos artigos foi realizada em duas fases:

- Numa primeira fase, procedeu-se à triagem dos artigos através da leitura dos títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos;
- Numa segunda fase realizou-se a leitura integral dos artigos selecionados, permitindo a análise crítica dos conteúdos e a extração dos dados relevantes para responder às questões de investigação.

Inicialmente privilegiou-se a inclusão de estudos realizados em contexto europeu. Contudo, durante a análise da literatura verificou-se a necessidade de integrar estudos internacionais considerados particularmente relevantes para responder às questões de investigação, totalizando 39 artigos científicos e 2 livros científicos.

Embora a pesquisa tenha incluído estudos realizados em diferentes contextos internacionais, foi dada particular valorização aos estudos desenvolvidos em contexto europeu, considerando a sua maior proximidade com os contextos organizacionais, sociais e culturais da prática de enfermagem em Portugal.

De forma a captar a experiência subjetiva das mulheres e dos profissionais de saúde, privilegiaram-se estudos qualitativos e de métodos mistos, incluindo metodologias como entrevistas, grupos focais, fenomenologia e etnografia.

A estratégia de pesquisa foi adaptada às especificidades de cada base de dados encontrando-se as respetivas equações de pesquisa descritas nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Equação de Pesquisa – *PubMed* – Fonte: Elaboração Própria.

Equação de pesquisa – <i>PubMed</i>
(Respectful Maternity Care[tiab] OR "respectful care"[tiab] OR "woman-centered care"[tiab] OR "women-centered care"[tiab] OR "person-centered care"[tiab] OR "humanized birth"[tiab] OR "humanised birth"[tiab] OR "humanized childbirth"[tiab] OR "humanised childbirth"[tiab] OR "Patient-Centered Care"[Mesh]) AND (Pregnancy[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR pregnancy[tiab] OR prenatal[tiab] OR antenatal[tiab] OR "Parturition"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR childbirth[tiab] OR intrapartum[tiab] OR labor[tiab] OR labour[tiab] OR birth[tiab] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR puerper*[tiab] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "maternity care"[tiab] OR perinatal[tiab]) AND (("Pregnant Women"[Mesh] OR "Mothers"[Mesh] OR woman[tiab] OR women[tiab] OR mother*[tiab] OR patient*[tiab]) OR ("Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR midwi*[tiab] OR "nurse-midwi*" [tiab] OR "obstetric nursing"[tiab] OR nurs*[tiab] OR "Health Personnel"[Mesh] OR "Physicians"[Mesh] OR obstetrician*[tiab] OR doctor*[tiab])) AND (experience*[tiab] OR perception*[tiab] OR perspective*[tiab] OR view*[tiab] OR "patient experience"[tiab] OR satisfaction[tiab] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) AND (Qualitative Research [Mesh] OR qualitative[tiab] OR interview*[tiab] OR "focus group*" [tiab] OR phenomenolog*[tiab] OR ethnograph*[tiab] OR "mixed methods"[tiab]) AND (Europe [Mesh] OR europe[tiab] OR "European Union"[Mesh] OR "European Union"[tiab])

Tabela 4 - Equação de Pesquisa da *Web of Science* - Fonte: Elaboração Própria.

Equação de pesquisa – <i>Web of Science</i>
("respectful care" OR "woman-centered care" OR "humanized childbirth" OR "obstetric violence") (Topic) and (pregnancy OR childbirth OR labor OR postpartum OR antenatal OR perinatal) (Topic) and (hospital OR maternity OR "birthing center" OR "delivery room") (Topic) and (experience OR perception OR perspective OR satisfaction OR attitude OR opinion) (Topic) and (qualitative OR "mixed methods" OR survey) (Topic) and (Austria OR Belgium OR Bulgaria OR Croatia OR Cyprus OR Czech OR Denmark OR Estonia OR Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Iceland OR Ireland OR Italy OR Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Malta OR Netherlands OR Norway OR Poland OR Portugal OR Romania OR Slovakia OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR Switzerland OR UK OR "United Kingdom") (Topic)

Por fim, recorreu-se a uma apresentação esquemática do processo de identificação, triagem e seleção dos estudos, adaptado do modelo PRISMA, (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses*) com o objetivo de tornar o processo de seleção mais transparente. O fluxograma correspondente encontra-se apresentado na Figura 1.

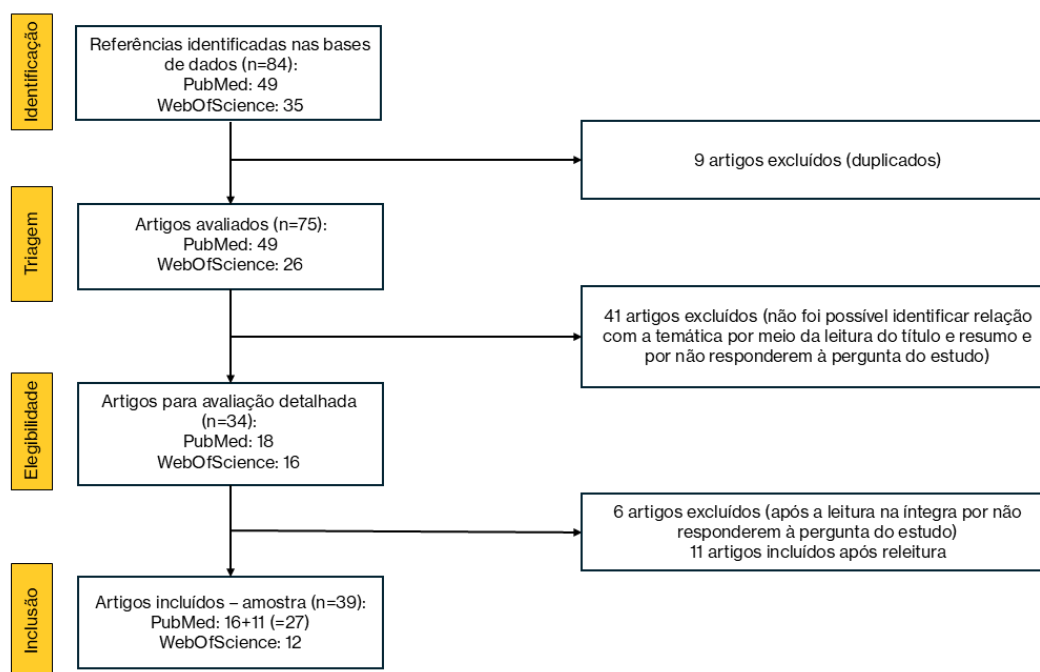


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, adaptado do modelo PRISMA – Fonte: Elaboração Própria.

Extração e análises dos dados

A análise dos estudos selecionados foi realizada de forma temática e interpretativa, tendo por base as questões de investigação e os objetivos definidos para o trabalho.

Entre os principais grupos temáticos identificados destacam-se:

- Perspetivas dos profissionais de saúde acerca dos CRM;
- Perspetivas das mulheres acerca dos CRM;
- Fatores que influenciam a experiência de parto e a satisfação das mulheres;
- Situações de desrespeito e abuso nos cuidados maternos;
- Barreiras e facilitadores à implementação de cuidados respeitosos;
- Continuidade de cuidados e desigualdades no acesso aos serviços;
- Modelos de cuidados que sustentam a prestação de CRM.

Durante a leitura dos estudos, foram identificados padrões, tendências, convergências, divergências e lacunas na literatura, permitindo desenvolver uma síntese crítica e interpretativa dos principais achados.

Considerações Éticas

Por se tratar de uma revisão narrativa da literatura, sem recolha de dados primários ou participação direta de seres humanos, não houve necessidade de submissão a uma comissão de ética. Contudo, foram assegurados os princípios de rigor científico, integridade académica e referência adequada das fontes utilizadas.

As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

3. Enquadramento Teórico

Neste capítulo procede-se à apresentação dos referenciais teóricos que sustentam a análise do fenómeno em estudo, assumindo o enquadramento teórico como a lente interpretativa para a compreensão das perspectivas das mulheres, dos profissionais de saúde e dos modelos de cuidados na área da maternidade. Neste contexto, destaca-se a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e o modelo de cuidados centrados na mulher, bem como a clarificação dos principais conceitos-chave associados aos CRM.

3.1. A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson

A compreensão e a interpretação dos CRM exigem um enquadramento teórico que permita analisar o fenómeno para além da dimensão técnico-assistencial, integrando as experiências das mulheres, as perspectivas e práticas dos profissionais de saúde e os modelos de cuidados que orientam a prática clínica. Neste sentido, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson constitui um referencial conceptual particularmente relevante para sustentar a presente revisão narrativa da literatura, ao conceber o cuidado como um processo humano, relacional e centrado na dignidade da pessoa.

A Teoria do Cuidado Humano corresponde a uma teoria de longo alcance em enfermagem, caracterizada por um elevado nível de abstração conceptual e pela valorização das dimensões humanas do cuidado. Segundo Marques et al. (2024), as teorias de longo alcance procuram explicar aspetos amplos da experiência humana e fornecem referenciais globais para a prática, ensino e investigação em enfermagem. Embora apresentem limitações decorrentes do elevado nível de abstração, estas teorias permitem orientar a compreensão de fenómenos complexos, como os CRM.

Desenvolvida no âmbito da enfermagem, a teoria de Jean Watson defende que o cuidado não se limita à execução de intervenções técnicas, integrando igualmente dimensões éticas, emocionais, interpessoais e existenciais. Esta perspetiva distancia-se de modelos exclusivamente biomédicos e tecnicistas, valorizando a dimensão subjetiva da experiência humana e reconhecendo a importância da relação terapêutica no processo de cuidar. Neste contexto, o cuidado é conceptualizado como uma relação transpessoal estabelecida entre o profissional e a pessoa cuidada, baseada na presença autêntica, na empatia, na escuta ativa e no reconhecimento da singularidade de cada experiência humana. Paralelamente, Jean Watson defende uma visão holística da pessoa, considerando de forma integrada as dimensões física, emocional, social e espiritual (Watson, 2008).

Inicialmente, Jean Watson estruturou a sua teoria a partir dos denominados “fatores de cuidado” (*carative factors*), posteriormente reformulados nos processos *Clinical Caritas*, que operacionalizam os princípios do cuidado humano na prática clínica. Estes processos integram as diferentes dimensões do cuidado, nomeadamente:

- Prática de amor-bondade e equanimidade;
- Presença autêntica;
- Promoção de práticas espirituais e desenvolvimento do *self* transpessoal;
- Desenvolvimento de relações de ajuda-confiança;
- Apoio à expressão emocional de sentimentos positivos e negativos;
- Utilização do conhecimento e de todas as formas de saber;
- Ensino-aprendizagem;
- Criação de ambientes humanizados;
- Satisfação das necessidades humanas;
- Valorização das dimensões existenciais da experiência humana (Watson, 2008).

Embora aplicável a diferentes contextos da prática clínica, esta teoria assume particular relevância na área da saúde materna e obstétrica, devido à centralidade atribuída à experiência vivida pela mulher e à qualidade das interações estabelecidas durante o processo de cuidados. A gravidez, o TP e o PP constituem períodos marcados por importantes transformações físicas, emocionais e sociais, frequentemente associados a maior vulnerabilidade, necessidade de apoio emocional e procura de segurança relacional. Neste contexto, os princípios do cuidado humano tornam-se particularmente pertinentes para sustentar práticas de cuidado respeitosas, individualizadas e centradas na mulher (Teófilo et al., 2026; Watson, 2018).

Entre os conceitos da teoria considerados mais relevantes para a compreensão dos CRM destacam-se a presença autêntica, a relação de ajuda-confiança, o apoio emocional, a criação de ambientes humanizados, o respeito pela dignidade humana e o ensino-aprendizagem associado à participação da mulher nos cuidados. Estes conceitos permitem compreender os CRM enquanto prática relacional e ética, centrada no reconhecimento da mulher como sujeito ativo do processo de cuidados (Teófilo et al., 2026; Watson, 2018).

A presença autêntica traduz-se na disponibilidade emocional e na capacidade do profissional para estar verdadeiramente presente no cuidado, proporcionando sentimentos de segurança, acolhimento e confiança. Associada a esta dimensão, a relação de ajuda-confiança pressupõe o estabelecimento de uma interação terapêutica baseada na escuta ativa, no respeito mútuo e no reconhecimento da mulher enquanto participante ativa no processo de cuidados. Estas dimensões tornam-se relevantes durante a gravidez, TP e PP, períodos frequentemente marcados por maior vulnerabilidade física e emocional (Teófilo et al., 2026; Watson, 2018).

O apoio emocional constitui de igual forma um elemento central dos CRM, ao reconhecer a importância da validação emocional, da expressão de sentimentos e do suporte psicológico durante a experiência materna. Paralelamente, a criação de ambientes humanizados promove condições físicas e relacionais favoráveis ao conforto, privacidade, segurança e bem-estar, contribuindo para experiências positivas no processo de cuidar (Teófilo et al., 2026; Watson, 2018).

Por sua vez, o respeito pela dignidade humana implica o reconhecimento dos direitos, valores, crenças e preferências da mulher, articulando-se diretamente com princípios fundamentais dos CRM, nomeadamente o consentimento informado, a privacidade, a participação nas decisões e a não discriminação. Do mesmo modo, o processo de ensino-aprendizagem relaciona-se com a promoção da autonomia e da capacitação da mulher para tomar decisões informadas relativamente ao seu processo de saúde e maternidade. Esta perspetiva aproxima-se dos modelos contemporâneos de cuidados centrados na mulher, nos quais a mulher é reconhecida como parceira ativa no processo de cuidados (Teófilo et al., 2026; Watson, 2018).

Para além dos processos *Clinical Caritas*, a teoria articula-se com os quatro conceitos do metaparadigma da enfermagem: ser humano, entendido como um ser único com dimensões física, emocional, mental e espiritual; saúde, concebida não apenas como ausência de doença, mas como um estado de harmonia entre corpo, mente e espírito; ambiente, que integra os contextos físico, emocional, social e espiritual que influenciam a pessoa; e enfermagem, definida como uma prática centrada no cuidado humano e na relação terapêutica. Estes conceitos orientam a prática da enfermagem, promovendo um cuidado integral e humanizado (Alligood & Tomey, 2004; George, 2000).

Neste sentido, a Teoria do Cuidado Humano constitui uma lente interpretativa adequada para a análise das questões de investigação que orientam esta revisão narrativa da literatura. Os conceitos anteriormente descritos permitem compreender as experiências e perceções das mulheres relativamente aos cuidados recebidos, bem como interpretar as perspetivas dos profissionais de saúde acerca das práticas consideradas respeitosas no contexto da saúde materna e obstétrica. Paralelamente, os princípios da teoria articulam-se diretamente com os modelos de cuidados centrados na mulher e com os princípios da humanização dos cuidados,

permitindo analisar os modelos organizacionais descritos na literatura enquanto promotores, ou limitadores, dos CRM.

Desta forma, o enquadramento teórico não assume apenas uma função descritiva, constituindo-se como o referencial conceptual que sustenta a interpretação crítica da literatura analisada. A partir da Teoria do Cuidado Humano, torna-se possível compreender os CRM não apenas como um conjunto de práticas assistenciais, mas como uma abordagem relacional, ética e humanizada do cuidado, centrada na dignidade, autonomia e singularidade da mulher ao longo do *continuum* gravídico-puerperal.

O modelo teórico articula a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson com os principais conceitos-chave identificados na literatura sobre os CRM, evidenciando os processos intervenientes, os efeitos observados e as implicações para a prática de enfermagem, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Componentes do quadro teórico - Fonte: Elaboração Própria.

Dimensão da Teoria do Cuidado Humano	Articulação com os cuidados respeitosos na maternidade	Expressão no cuidado à mulher	Implicações para a Enfermagem
Presença autêntica	Traduz-se na disponibilidade do enfermeiro para estar com a mulher, reconhecendo as suas necessidades, valores e singularidade durante o processo de cuidados.	A mulher sente-se acolhida, compreendida e emocionalmente segura, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança.	Implica disponibilidade, empatia, escuta ativa e envolvimento consciente do enfermeiro na relação terapêutica.
Desenvolvimento de relação de ajuda-confiança	Constitui a base da comunicação terapêutica, do respeito mútuo e da participação da mulher nos cuidados.	A mulher sente-se escutada, validada e envolvida nas decisões.	Implica escuta ativa, comunicação clara e construção de parceria terapêutica.
Apoio Emocional	Valoriza a expressão emocional da mulher sem julgamento, silenciamento ou banalização da sua vivência.	A mulher pode expressar medo, dor, ansiedade, dúvidas ou satisfação de forma legítima.	Exige disponibilidade emocional, escuta ativa e validação das emoções vividas durante a gravidez, parto e PP.
Criação de um ambiente humanizado	Associa-se à criação de contextos de cuidado seguros, privados, acolhedores e respeitadores da intimidade e cultura da mulher.	A mulher experiencia maior conforto, privacidade, segurança e proteção contra práticas desrespeitosas.	Implica cuidar do ambiente assistencial, da intimidade, do conforto e do respeito pelas crenças da mulher e família.
Promoção do ensino-aprendizagem	Relaciona-se com o direito à informação, ao consentimento informado e à participação ativa da mulher no processo de cuidados.	A mulher adquire maior compreensão sobre procedimentos, direitos e opções disponíveis.	Requer educação para a saúde clara, adequada e respeitadora da autonomia da mulher.

O referencial teórico sistematizado na Tabela 5 fundamenta a análise crítica da literatura e orienta a interpretação dos estudos incluídos nesta revisão narrativa. Esta estrutura evidencia a interligação entre os princípios da Teoria do Cuidado Humano e a promoção de CRM, permitindo compreender de que forma as práticas de enfermagem podem contribuir para experiências de cuidado mais humanizadas, éticas e centradas na mulher, integrando os princípios da teoria na sua expressão prática no cuidado à mulher.

3.2. Cuidados Respeitosos na Maternidade: bases conceptuais

A definição de referência dos CRM, formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018, centra-se especificamente nos cuidados durante o TP e parto, descrevendo-os como cuidados organizados e prestados de forma a preservar a dignidade, privacidade e confidencialidade da mulher, garantindo proteção contra danos e maus-tratos, bem como a possibilidade de realizar escolhas informadas e receber apoio contínuo (Hrešanová, 2025; WHO, 2018).

No presente trabalho, esta definição constitui o ponto de partida conceptual, sendo posteriormente ampliada ao *continuum* gravídico-puerperal. Importa, contudo, clarificar que esta ampliação não se encontra explicitamente contemplada na definição original da OMS, resultando antes de uma interpretação sustentada pela literatura contemporânea, que reconhece a continuidade dos direitos da mulher ao longo de todo o processo reprodutivo (Cantor et al., 2024). Nesta perspetiva, os CRM assumem-se como uma abordagem baseada nos direitos humanos, orientada para a promoção da dignidade, autonomia e segurança da mulher em todas as fases da maternidade (Cantor et al., 2024; WHO, 2014).

Neste contexto, os CRM implicam o reconhecimento e a salvaguarda dos direitos fundamentais da mulher ao longo de todo o processo reprodutivo. Segundo a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) (2023), entre estes destacam-se o direito a um tratamento digno e respeitoso, à igualdade e não discriminação, à autonomia e liberdade de escolha, à privacidade e confidencialidade, à informação clara e ao consentimento informado, ao acompanhamento por uma pessoa da sua escolha e à prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. O respeito por estes direitos constitui um elemento essencial para a promoção de cuidados humanizados e centrados na mulher, contribuindo para uma experiência positiva de gravidez, parto e PP (APDMGP, 2023).

A crescente atenção internacional aos CRM resulta de um processo de reconhecimento progressivo de que as experiências de desrespeito e abuso durante a assistência ao parto constituem um problema de saúde pública com dimensão global. A OMS, em 2014, publicou uma declaração que reconheceu formalmente a prevalência de práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto em instituições de saúde, apelando a uma ação urgente para as eliminar. Este documento representou um marco fundamental na afirmação dos CRM como prioridade política e científica, estimulando o desenvolvimento de investigação, políticas e programas de formação orientados para a humanização da assistência materna a nível mundial (WHO, 2014).

Segundo a literatura, os cuidados respeitosos incluem vários princípios centrais, como a dignidade, a autonomia da mulher, o consentimento informado, a privacidade e o apoio contínuo (Adinew et al., 2023; Bohren et al., 2019). Por exemplo, Bohren et al. (2019) destacam que o suporte emocional contínuo durante o parto reduz a perceção de sofrimento e aumenta a satisfação das mulheres com os cuidados recebidos.

Estudos indicam que a violação desses princípios, como a negação de consentimento ou a humilhação durante o parto, está associada a consequências físicas e psicológicas graves, incluindo depressão PP, transtorno de stress pós-traumático, sentimentos profundos de culpa e tristeza, fobia do parto, imagem corporal negativa, comprometimento da autoestima, sensação de impotência e diminuição da confiança nos profissionais e nos serviços de saúde (Hakimi et al., 2025; Reed et al., 2017).

Os efeitos da violação dos princípios dos CRM não se limitam ao período perinatal imediato, estendendo-se frequentemente ao longo prazo e afetando múltiplas dimensões da vida da mulher. A nível individual, experiências traumáticas durante o parto podem condicionar decisões reprodutivas futuras, aumentar a preferência por cesariana em gestações subsequentes e comprometer o vínculo materno-neonatal, com implicações diretas para a amamentação e para o desenvolvimento do RN (Reed et al., 2017). A nível social, a perda de confiança nos serviços de

saúde pode traduzir-se na diminuição da procura de cuidados pré-natais e na resistência ao parto institucional, com potencial impacto negativo nos indicadores de saúde materna e neonatal a nível populacional (Hakimi et al., 2025; WHO, 2014).

A implementação efetiva dos CRM depende de condições que operam em diferentes níveis e contextos organizacionais: na relação profissional-mulher (interpessoal), exige presença, escuta ativa e reconhecimento da singularidade de cada experiência (OE, 2021); na organização dos serviços (sistémico), requer estruturas que garantam privacidade, continuidade de cuidados e tempo adequado para cada mulher (Begley et al., 2018; Mena-Tudela et al., 2022); ao nível das políticas e cultura institucional, pressupõe o compromisso das instituições com a humanização e a formação contínua dos profissionais (Adinew et al., 2023; Ofori-Parku et al., 2025) e ao nível dos recursos e condições de trabalho, implica que os profissionais disponham de meios suficientes para prestar cuidados com qualidade, sem sobrecarga que comprometa a sua capacidade relacional e ética (Feeley et al., 2022; Mena-Tudela et al., 2022).

A literatura evidencia que fatores como a transferência inesperada de cuidados entre profissionais ou serviços, intervenções médicas não planeadas e o parto em ambiente hospitalar estão associados a experiências de desrespeito ou abuso, reforçando a necessidade de cuidados individualizados e centrados na mulher (Bohren et al., 2019; Ishola et al., 2017).

Em contrapartida, quando as mulheres percecionam os cuidados recebidos como informados, humanizados e participativos, observa-se um aumento da satisfação com a experiência de parto, o fortalecimento da autonomia e a melhoria dos desfechos maternos e neonatais (Downe et al., 2018; WHO, 2018). Neste sentido, os CRM não se traduzem apenas no reconhecimento abstrato de direitos, mas na sua concretização efetiva através de práticas clínicas que integrem comunicação, respeito e individualização dos cuidados ao longo de todo o *continuum* gravídico-puerperal (Cantor et al., 2024; OE, 2024).

Neste contexto, a enfermagem - e particularmente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) - assume um papel privilegiado na promoção e implementação dos CRM. A prestação de cuidados respeitosos exige dos enfermeiros o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, éticas, clínicas e educativas.

As competências relacionais e comunicacionais permitem estabelecer relações terapêuticas baseadas na confiança, empatia, escuta ativa e apoio emocional, favorecendo a participação ativa da mulher nos cuidados (Jolivet et al., 2021; Valente et al., 2024). As competências éticas orientam a prática profissional no respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e consentimento informado, assegurando a defesa da dignidade e dos direitos da mulher (Haghdoust et al., 2024; Shakibazadeh et al., 2018).

Por sua vez, as competências clínicas garantem a prestação de cuidados seguros, individualizados e baseados na evidência científica, enquanto as competências educativas permitem promover o ensino-aprendizagem e a capacitação da mulher e da família para uma participação informada ao longo do processo gravídico-puerperal (Cantor et al., 2024; Lunda et al., 2024).

A promoção dos CRM implica igualmente uma reflexão crítica dos profissionais sobre as suas práticas, atitudes e crenças. A literatura evidencia que determinadas formas de desrespeito podem ser perpetuadas de forma não intencional, como resultado da normalização de determinadas rotinas institucionais ou da ausência de reflexão ética sistemática (Adinew et al., 2021). Assim, a formação contínua, a supervisão clínica e a criação de espaços de reflexão sobre a prática constituem estratégias fundamentais para o desenvolvimento de uma cultura de cuidados verdadeiramente respeitosa e humanizada (Ofori-Parku et al., 2025; OE, 2021).

A operacionalização destes princípios exige, por fim, a adoção de modelos de cuidados capazes de traduzir os CRM em práticas clínicas concretas e organizadas. Neste sentido, diversos modelos assistenciais têm sido desenvolvidos com o objetivo de promover cuidados seguros, humanizados e centrados na mulher, constituindo referenciais fundamentais para a qualidade dos cuidados em saúde materna.

3.3. Modelos de cuidados

A literatura identifica diversas abordagens assistenciais, modelos de cuidados e princípios orientadores da prática relevantes para a promoção dos CRM. Estes conceitos situam-se em planos teóricos e organizacionais distintos, indo desde referenciais conceptuais amplos até modelos específicos de prestação de cuidados, pelo que importa clarificá-los e compreender a forma como contribuem para a promoção dos CRM.

Entre as abordagens orientadoras, destaca-se o cuidado humanizado, que valoriza a dignidade, o respeito e a dimensão relacional do cuidado, promovendo uma assistência centrada nas necessidades físicas, emocionais e sociais da mulher. Esta abordagem assume que o cuidado em saúde materna não deve ser exclusivamente técnico, mas também ético, empático e sensível à individualidade de cada mulher (OE, 2025; Reyes-Amargant et al., 2025).

Em paralelo, o modelo biopsicossocial constitui uma abordagem conceptual que considera a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no processo de saúde e doença, permitindo uma compreensão holística da experiência da mulher durante a gravidez, o parto e o PP (OE, 2025; Reyes-Amargant et al., 2025).

Neste contexto, destaca-se ainda o *midwifery-led care*, enquanto modelo de prestação de cuidados caracterizado pela continuidade e coordenação da assistência por *midwives* ou, no contexto português, por EE-ESMO, privilegiando a fisiologia do parto e a individualização dos cuidados. Este modelo organiza a assistência de forma mais contínua e menos fragmentada, favorecendo relações de confiança, maior proximidade com a mulher e menor intervencionismo, quando clinicamente adequado. Por esse motivo, tem sido associado a experiências de parto mais positivas e a uma maior perceção de segurança e apoio por parte das mulheres (Palau-Costafreda et al., 2024).

Num plano mais abrangente, os cuidados centrados na pessoa constituem um referencial conceptual desenvolvido por McCance e McCormack, colocando a pessoa no centro do processo de cuidados e valorizando as suas preferências, necessidades, valores e direito à autodeterminação. No contexto da enfermagem, este referencial sublinha a importância da parceria terapêutica, da comunicação e do reconhecimento da pessoa como protagonista do seu percurso de cuidados. Na saúde materna, esta lógica evolui para os cuidados centrados na mulher, que reconhecem a mulher como elemento central do processo de cuidados e valorizam a sua experiência, autonomia e relação de parceria com os profissionais (Louzeiro, 2020; OE, 2025).

Estas abordagens e modelos constituem estratégias relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher durante a gravidez, o parto e o PP. Contudo, entre os diferentes referenciais descritos na literatura, o modelo de cuidados centrados na mulher destaca-se pela sua forte ligação aos princípios dos CRM. De facto, a centralidade da mulher, o respeito pela sua autodeterminação e a valorização da relação terapêutica tornam este modelo particularmente pertinente para sustentar práticas respeitosas e humanizadas na maternidade (OE, 2025).

De acordo com os PQCE-ESMO, o modelo de cuidados em ESMO assenta em três pilares fundamentais: a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pela cliente dos cuidados. Este princípio reconhece a mulher como principal responsável pela sua saúde, com direito à autodeterminação, e o EE-ESMO como o profissional que a apoia na mobilização dos seus recursos internos e externos. O documento preconiza ainda que os cuidados sejam

centrados nas necessidades singulares de cada mulher, nos diferentes momentos do seu ciclo de vida, integrando as pessoas significativas e o ambiente em que vive e se desenvolve (OE, 2021).

Com o objetivo de clarificar os diferentes referenciais identificados na literatura, apresenta-se, de seguida, uma síntese dos principais modelos de cuidados, abordagens assistenciais e princípios orientadores da prática relacionados com os CRM. A Tabela 6 organiza estes elementos, distinguindo os conceitos segundo a sua natureza teórica ou operacional, bem como a forma como cada um contribui para a promoção de cuidados respeitosos.

Tabela 6 - Síntese dos principais modelos, abordagens e princípios relacionados com os CRM. Fonte: Elaboração Própria.

Conceito	Classificação	Caracterização principal	Relação com os CRM
Cuidado humanizado	Abordagem orientadora	Valoriza a dignidade, o respeito, a individualidade e a dimensão relacional do cuidado.	Sustenta práticas éticas, empáticas e centradas na mulher, favorecendo experiências mais positivas e respeitadoras.
Modelo biopsicossocial	Abordagem conceptual	Considera a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no processo de saúde e doença.	Permite uma compreensão holística da experiência da mulher e das suas necessidades no contexto da maternidade.
Cuidados centrados na pessoa	Referencial conceptual	Coloca a pessoa no centro do processo de cuidados, valorizando as suas preferências, necessidades, valores e direito à autodeterminação.	Fornecer uma base conceptual ampla para a prestação de cuidados participativos, individualizados e respeitadores.
Midwifery-led care	Modelo de prestação de cuidados	Assenta na continuidade e coordenação dos cuidados por profissionais especializados em saúde materna, privilegiando a fisiologia do parto e a individualização da assistência (principal prestadora de cuidados – <i>midwives</i>)	Associa-se a cuidados mais contínuos, menos intervencionistas e mais centrados na experiência da mulher.
Cuidados centrados na mulher	Modelo de cuidados	Reconhece a mulher como elemento central do processo de cuidados, valorizando a sua experiência, autonomia, participação ativa e relação de parceria com os profissionais.	Constitui o modelo mais diretamente alinhado com os princípios dos cuidados respeitosos na maternidade, integrando autonomia, comunicação, consentimento informado, apoio contínuo e individualização dos cuidados.
Autonomia e escolha informada	Princípio orientador	Reforça o direito da mulher a receber informação clara, a participar nas decisões e a consentir de forma livre e esclarecida.	É um elemento central dos cuidados respeitosos, prevenindo práticas coercivas ou não consentidas.
Dignidade, privacidade e confidencialidade	Princípio orientador	Pressupõe respeito pela intimidade, integridade, valor e direitos da mulher ao longo do processo de cuidados.	Constitui condição essencial para prevenir experiências de desrespeito, humilhação ou abuso.
Comunicação eficaz e apoio contínuo	Princípio orientador	Valoriza a relação terapêutica, a escuta ativa, a presença profissional e o suporte emocional à mulher.	Favorece a confiança, a satisfação com os cuidados e uma experiência de parto mais positiva e segura.

A sistematização apresentada na Tabela 6 permite compreender que, embora existam diferentes abordagens conceituais e organizacionais relevantes para a promoção dos CRM, o modelo de cuidados centrados na mulher é aquele que mais diretamente integra e operacionaliza os princípios que sustentam esta prática - nomeadamente a autonomia, o consentimento informado, a comunicação eficaz, o apoio contínuo e a individualização dos cuidados. É por este motivo que, na presente secção, este modelo será desenvolvido de forma mais aprofundada.

O modelo de cuidados centrados na mulher pode ser compreendido como uma aplicação específica, no contexto da saúde materna, do referencial mais amplo dos cuidados centrados na pessoa. Desenvolvido por *McCance* e *McCormack*, este referencial assenta na construção de parcerias entre os profissionais de saúde e a pessoa cuidada, valorizando a individualidade, a autonomia e a participação ativa nos cuidados. Neste enquadramento, os cuidados devem ser construídos com a pessoa e não apenas dirigidos à pessoa enquanto destinatária passiva de intervenções (Louzeiro, 2020).

Este modelo coloca a mulher no centro do processo de cuidados, valorizando as suas necessidades, preferências, expectativas e significados atribuídos à experiência da maternidade (McCormack et al., 2021; Rigg & Dahlen, 2021). A literatura identifica como princípios fundamentais dos cuidados centrados na mulher a escolha informada, a continuidade dos cuidados, o estabelecimento de relações terapêuticas de confiança e a participação ativa na tomada de decisão (Davis et al., 2021).

Neste sentido, este modelo pode ser compreendido como a operacionalização dos cuidados centrados na pessoa no contexto da saúde materna, constituindo simultaneamente um dos referenciais que melhor sustenta os princípios dos CRM. Ao valorizar a dignidade, autonomia, individualidade, consentimento informado e envolvimento ativo da mulher ao longo do processo de maternidade, os cuidados centrados na mulher aproximam-se diretamente dos pressupostos dos CRM, promovendo uma abordagem relacional, ética e humanizada dos cuidados (Dhakal et al., 2022). Esta perspetiva é igualmente reforçada pela OE, ao defender uma prática centrada nos desejos, necessidades e participação ativa das mulheres no processo de cuidados (OE, 2025).

Clientes dos cuidados especializados em ESMO

A compreensão dos cuidados especializados em ESMO exige ainda considerar a definição de cliente adotada pelo Colégio da Especialidade, uma vez que o foco dos cuidados varia ao longo do ciclo de vida e do processo de saúde, embora permaneça ancorado na centralidade da mulher. Nos PQCE-ESMO, a pessoa cliente é entendida como um agente intencional, com comportamentos baseados nos seus valores, crenças e desejos, com dignidade própria e direito à autodeterminação (Davis et al., 2021; OE, 2021).

No âmbito específico da ESMO, a mulher é a cliente que de imediato se destaca. Todavia, a assistência especializada não se limita à mulher enquanto indivíduo isolado, integrando também o homem, o casal, as pessoas significativas, o feto e o RN, de acordo com o momento do ciclo gravídico-puerperal e com as necessidades identificadas. Esta conceção evidencia que os cuidados especializados são simultaneamente individuais, relacionais e contextuais (Davis et al., 2021; Jolivet et al., 2021; OE, 2021).

Assim, no período pré-concepcional e no planeamento familiar, a mulher e/ou o homem, idealmente o casal, são considerados clientes dos cuidados. Durante a gravidez, a principal cliente é a mulher grávida, podendo o feto ser entendido como beneficiário dos cuidados prestados; na preparação para o parto, a mulher e as pessoas significativas por si escolhidas constituem clientes dos cuidados; no TP, a mulher parturiente assume centralidade, admitindo-se também como clientes o feto e a pessoa significativa que a acompanha; no PP, emergem como clientes relevantes a puérpera e a mãe, mas também o RN e o homem-pai (paternidade) e/ou companheiro (conjugalidade) (OE, 2021; Rigg & Dahlen, 2021).

A Figura 2 sintetiza esta perspectiva, evidenciando que os clientes dos cuidados especializados em ESMO se diversificam ao longo do processo reprodutivo, sem que isso retire centralidade à mulher. Pelo contrário, esta organização reforça a necessidade de cuidados individualizados, coordenados e sensíveis à rede relacional da mulher, o que está em consonância com os princípios dos CRM (OE, 2021).

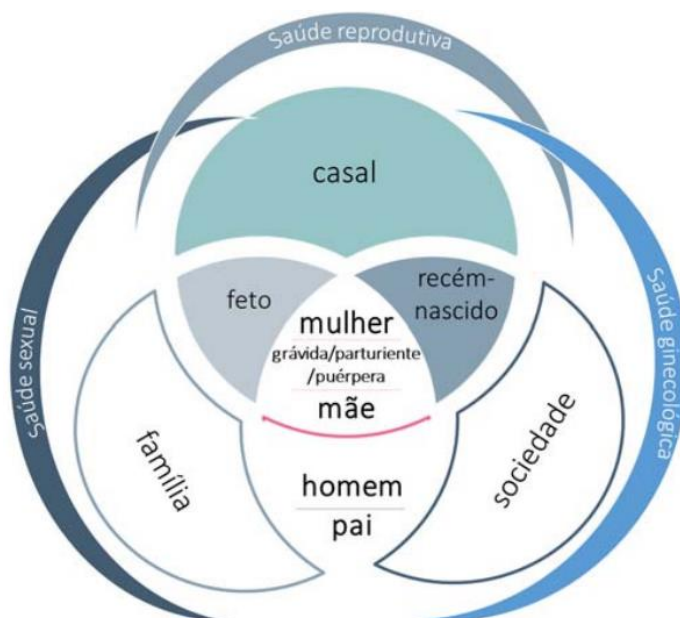


Figura 2 - Clientes dos cuidados especializados em ESMO. Fonte: OE (2021).

Modelos de cuidados centrados na mulher

De acordo com Fontein-Kuipers et al. (2018), os cuidados centrados na mulher constituem uma filosofia de cuidado que promove uma relação colaborativa entre a mulher e o profissional de saúde, baseada no respeito mútuo e no reconhecimento das diferentes áreas do conhecimento e da experiência. Nesta parceria, a mulher é reconhecida como especialista na sua própria vivência, enquanto o profissional contribui com o saber técnico e científico. Este modelo apresenta, assim, um duplo foco: a experiência individual da mulher e a promoção da sua saúde e segurança clínica, procurando equilibrar a dimensão técnica com a dimensão relacional e emocional do cuidado (Fontein-Kuipers et al., 2018).

A relação terapêutica que lhe é central, assente na confiança, empatia e escuta ativa, constitui o elemento que permite ao profissional reconhecer a individualidade de cada mulher e adaptar os cuidados às suas necessidades específicas. Esta perspectiva é coerente com a evidência que associa uma comunicação clara, uma presença profissional consistente e um apoio emocional contínuo a experiências de parto mais positivas e a uma menor percepção de abuso ou desrespeito (Bohren et al., 2019; Downe et al., 2018; Leap, 2009).

A estreita ligação entre este modelo e os CRM torna-se evidente quando se analisam os seus princípios nucleares. O reconhecimento da mulher como parceira ativa nos seus próprios cuidados traduz-se, na prática, no respeito pela sua liberdade e nas suas escolhas, condição essencial para prevenir situações de coerção ou desrespeito. A comunicação eficaz e o apoio emocional contínuo, elementos centrais deste modelo, são também fatores consistentemente associados a experiências de parto positivas e à prevenção de práticas abusivas. Por sua vez, a ênfase na continuidade de cuidados e na individualização da assistência contribui para a criação de relações de confiança entre a mulher e os profissionais, reduzindo a vulnerabilidade associada a

transferências inesperadas ou intervenções não planeadas (Bohren et al., 2019; Downe et al., 2018; Ishola et al., 2017).

Para além dos benefícios ao nível da experiência da mulher, a implementação do modelo de cuidados centrados na mulher tem sido associada a melhorias na qualidade dos cuidados e na segurança clínica, incluindo a redução de intervenções desnecessárias e o aumento da satisfação materna com os cuidados recebidos. Neste sentido, este modelo constitui uma estratégia fundamental para a promoção de cuidados respeitosos e para a prevenção de situações de desrespeito ou abuso durante a assistência ao parto (Louzeiro, 2020; WHO, 2018).

Na prática clínica, a adoção do modelo de cuidados centrados na mulher implica uma mudança na organização dos serviços de saúde e na forma como os cuidados são prestados. Este modelo exige que os profissionais desenvolvam competências relacionais, comunicacionais e éticas específicas, promovendo uma abordagem holística e individualizada que considere não apenas os aspetos clínicos, mas também as necessidades emocionais, sociais e culturais da mulher. Assim, a centralidade da mulher não é apenas uma escolha filosófica, mas uma exigência organizacional e relacional para a qualidade dos cuidados.

No contexto nacional, a OE defende a implementação de modelos de cuidados centrados na mulher e no RN coordenados por EE-ESMO, nos quais a mulher é colocada no centro das decisões e intervenções ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Este modelo reconhece o parto não apenas como um evento clínico, mas como uma experiência significativa e transformadora na vida da mulher, devendo ser vivida com segurança, confiança e apoio. Assim, os cuidados são personalizados às necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais de cada mulher e família, respeitando a sua autonomia, escolhas e plano de parto, e sendo prestados com base na evidência científica e nos princípios da dignidade, equidade e direitos humanos (OE, 2025).

A continuidade de cuidados constitui um princípio estruturante deste modelo, assegurando que a mulher é acompanhada ao longo de todo o *continuum* gravídico-puerperal, preferencialmente pelo mesmo profissional ou por uma equipa de referência. O acompanhamento coordenado por EE-ESMO permite estabelecer uma relação de confiança com a mulher e com a sua família, facilitar a deteção precoce de situações de risco e garantir a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. A evidência científica tem demonstrado que este tipo de acompanhamento está associado a melhores resultados clínicos, menor taxa de intervenções e maior satisfação das mulheres com os cuidados recebidos (OE, 2025).

Em síntese, entre os diferentes modelos e abordagens identificados na literatura, o modelo de cuidados centrados na mulher é aquele que mais diretamente sustenta os CRM. Esta centralidade justifica-se não apenas pelos princípios que incorpora, mas pela forma como os articula numa lógica de parceria terapêutica que coloca a mulher no centro de todas as decisões.

A centralidade atribuída à experiência da mulher aproxima este modelo aos processos de cuidado da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, particularmente aos conceitos chave de presença autêntica, relação de ajuda-confiança, apoio emocional, ambiente humanizado, respeito pela dignidade humana e ensino-aprendizagem. Neste sentido, a prestação de cuidados respeitosos exige dos enfermeiros não apenas competências técnico-científicas, mas também competências relacionais, comunicacionais, éticas e educativas que lhes permitam desenvolver práticas verdadeiramente centradas na mulher e sensíveis à singularidade da experiência da maternidade.

Contudo, a implementação destes processos de cuidado na prática clínica depende da forma como são percecionados e operacionalizados pelos diferentes intervenientes no processo de cuidados. Por um lado, as perspetivas das mulheres permitem compreender de que modo os cuidados recebidos são experienciados enquanto respeitosos, dignificantes e promotores de autonomia. Por outro lado, as perspetivas dos profissionais de saúde, possibilitam analisar os

fatores profissionais, relacionais e organizacionais que influenciam a concretização destes cuidados no contexto da prática clínica. Paralelamente, a análise dos modelos de cuidados descritos na literatura torna possível identificar abordagens organizacionais e assistenciais que favorecem a humanização e a operacionalização dos CRM.

Deste modo, os referenciais teóricos anteriormente apresentados constituem a base conceptual que sustenta a interpretação e discussão dos resultados desta revisão narrativa da literatura. A articulação entre a Teoria do Cuidado Humano e o modelo de cuidados centrados na mulher permite compreender os CRM como uma prática simultaneamente relacional, ética, clínica e organizacional, sustentada numa lógica de parceria terapêutica, respeito pela autonomia da mulher e humanização dos cuidados.

4. Discussão de Resultados

De seguida, procede-se à análise e interpretação dos resultados obtidos através da revisão narrativa da literatura, com base nos artigos selecionados durante a pesquisa bibliográfica. Através da apresentação e discussão destes dados, procura-se integrar diferentes perspectivas e evidências científicas sobre temas relevantes relacionados com os CRM, nomeadamente as perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde e as estratégias para a promoção de cuidados seguros, humanizados e centrados na mulher.

De igual modo, será realizada uma articulação entre as evidências identificadas na literatura e a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, referencial teórico adotado neste trabalho, que permite compreender a importância da relação terapêutica, do respeito pela dignidade da pessoa e da valorização da experiência subjetiva da mulher no contexto da gravidez, parto e PP.

Assim, pretende-se contribuir para uma compreensão mais integrada e fundamentada da promoção dos CRM, reforçando a importância da atuação dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, na prestação dos cuidados éticos, empáticos e centrados na mulher, capazes de promover experiências de parto positivas e de qualidade.

4.1. Perspetivas da mulher acerca dos cuidados respeitosos na maternidade

Os CRM constituem uma dimensão central da experiência positiva de parto, integrando elementos como dignidade, privacidade, comunicação, consentimento informado, apoio emocional, participação da mulher na decisão e ausência de violência, coerção ou discriminação, sendo definidos pela OMS como cuidados organizados e prestados de forma a preservar estes princípios fundamentais (Hrešanová, 2025; WHO, 2018).

As perspetivas críticas sobre o cuidado materno emergiram na década de 1970, na sequência de críticas à matriz patriarcal dos serviços de saúde e da prática clínica, tendo promovido a valorização das experiências subjetivas das mulheres durante a gravidez e o parto. Contudo, a avaliação da qualidade dos cuidados maternos continua frequentemente centrada em indicadores objetivos, como a mortalidade materna e perinatal, sendo menos comum a consideração de dimensões como a experiência de parto e as taxas de intervenção obstétrica (Santos & Neves, 2021).

O marco da OMS para a melhoria dos cuidados maternos atribui igual importância à experiência das mulheres e à prestação de cuidados clínicos durante o TP e parto. Neste sentido, tem sido reforçada a implementação de cuidados maternos centrados na mulher, valorizando as suas perspetivas e preferências para adequar os serviços às suas necessidades. Contudo, apesar de a OMS defender que as preferências das mulheres devem estar no centro dos cuidados, estas permanecem insuficientemente compreendidas, devido à heterogeneidade dos resultados dos estudos existentes (Hannon et al., 2023; Van den Berg et al., 2025).

Prosen & Ličen (2025) evidenciam ainda que a experiência de parto não deve ser avaliada apenas pelos resultados clínicos, como a ausência de complicações, mas também pela forma como a mulher se sente ao longo do TP e parto. Assim, aspetos como apoio emocional, qualidade da comunicação, respeito, sensação de controlo, presença do parceiro e ambiente de parto são determinantes para compreender se a experiência foi vivida de forma positiva ou negativa (Prosen & Ličen, 2025).

Uma revisão global sistemática de pesquisas qualitativas sobre as perspetivas das mulheres sobre o parto, revelou que a maioria das mulheres valoriza especialmente ter uma experiência positiva que atinja ou supere as suas crenças e as suas expectativas pessoais e socioculturais existentes. Tal incluiu o nascimento de um bebé saudável num ambiente clinicamente e

psicologicamente seguro, com o apoio prático e emocional de uma equipa clínica competente, tranquilizadora e comunicativa (Van den Berg et al., 2025). Outros estudos, que estudaram especificamente as perspetivas das mulheres sobre os sistemas de cuidado materno na Austrália, Islândia, África do Sul e Suécia, evidenciaram que as mulheres valorizam mais uma relação colaborativa e uma comunicação mais respeitosa (Petit-Steeghs et al., 2019).

As mulheres valorizam também uma abordagem holística no seu processo de cuidados, que considere o seu contexto familiar e a sua saúde mental, e não apenas a gravidez (Petit-Steeghs et al., 2019).

A pesquisa de Van den Berg et al. (2025) demonstrou ainda que a maioria das mulheres participantes do estudo relatou experiências positivas de parto. Os fatores associados a estas experiências positivas são: ser múltipara, ter uma gravidez de baixo risco sem complicações e ter um parto eutócico. Por outro lado, complicações na gravidez, parto distócico, cesariana não programada e ter um médico como principal cuidador associam-se a menores probabilidades de experiência positiva (Van den Berg et al., 2025).

A qualidade desta experiência tem impacto significativo no bem-estar da mulher, do RN e da dinâmica familiar, podendo associar-se a benefícios a longo prazo quando positiva, ou a consequências adversas quando negativa (Nielsen & Overgaard, 2020). Uma experiência positiva de parto pode manter ou melhorar o bem-estar materno, empoderar as mães e fortalecer o vínculo mãe-RN. Pelo contrário, uma experiência negativa no parto aumenta o risco de sofrimento psicológico PP, depressão PP e sintomas de stress pós-traumático (Hadjigeorgiou et al., 2023; Nielsen & Overgaard, 2020).

Neste sentido, as perspetivas das mulheres constituem um indicador essencial da qualidade dos cuidados prestados durante a maternidade, complementando os indicadores clínicos tradicionalmente utilizados. Para a enfermagem, esta abordagem implica reconhecer a mulher como sujeito ativo no processo de cuidados, valorizando a escuta, a comunicação terapêutica, o consentimento informado, o respeito pelas preferências individuais e a promoção de um ambiente seguro, acolhedor e humanizado. Assim, os CRM não se limitam à prevenção de eventos adversos, mas integram uma prática clínica ética, relacional e centrada na mulher, com impacto na experiência de parto, no bem-estar psicológico e na adaptação à parentalidade.

Fatores facilitadores de uma experiência positiva no *continuum* gravídico-puerperal

As preferências das mulheres relativamente aos cuidados de maternidade são heterogéneas e influenciadas por fatores clínicos, relacionais, culturais e organizacionais. Contudo, a literatura permite identificar dimensões comuns que atravessam o *continuum* gravídico-puerperal, nomeadamente a autonomia, a comunicação, a relação terapêutica, a continuidade dos cuidados, a segurança, o apoio familiar, o ambiente físico e o contacto precoce com o RN (Vedeler et al., 2022; Van den Berg et al., 2025). Estas dimensões encontram-se sistematizadas na Tabela 7.

Tabela 7 – Fatores facilitadores de uma experiência positiva no *continuum* gravídico-puerperal - Fonte: Elaboração Própria.

Dimensão	Fatores facilitadores de uma experiência positiva	Autores
Autonomia e participação na decisão	Tomada de decisão partilhada; consentimento informado; respeito pelas preferências da mulher; valorização do plano de parto; possibilidade de escolha relativamente aos métodos de alívio da dor.	Hannon et al. (2023).
Comunicação e informação	Informação clara, suficiente e compreensível; explicação dos procedimentos; comunicação empática, gentil e transparente; validação das preocupações da mulher.	Hannon et al. (2023); Petit-Steeghs et al. (2019); Westergård et al. (2025).
Relação terapêutica com os profissionais	Competência técnica; empatia; disponibilidade; amabilidade; confiança na equipa; presença atenta e respeitosa dos profissionais.	Hannon et al. (2023); Vedeler et al. (2022).
Continuidade dos cuidados	Acompanhamento coerente ao longo da gravidez, TP, parto e PP; menor fragmentação dos cuidados; continuidade relacional; modelo de cuidados liderado por EE-ESMO/ <i>midwives</i> , consoante o contexto assistencial.	Nielsen & Overgaard (2020); Vedeler et al. (2022).
Segurança clínica e emocional	Perceção de segurança; confiança na competência da equipa; vigilância materno-fetal adequada; ambiente clinicamente seguro; respeito pela dignidade e privacidade.	Nielsen & Overgaard (2020); Vedeler et al. (2022).
Promoção da fisiologia do parto	Parto eutócico; liberdade de posição; possibilidade de mobilidade; possibilidade de ingestão oral durante o TP quando clinicamente adequada; redução de intervenções desnecessárias.	Prosen & Ličen (2025).
Gestão da dor	Disponibilidade de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor; analgesia atempada e adequada; respeito pela escolha da mulher relativamente ao controlo da dor.	Prosen & Ličen (2025); Reyes-Amargant et al. (2025).
Apoio familiar social	Presença e envolvimento do parceiro ou pessoa significativa; apoio emocional durante o TP, parto e PP; condições adequadas para a permanência do acompanhante.	Nielsen & Overgaard (2020); Vedeler et al. (2022).
Ambiente físico dos cuidados	Sala de partos limpa, organizada, privada, calma, acolhedora e promotora de conforto; ambiente intimista; disponibilidade de recursos facilitadores do parto fisiológico.	Baranowska et al. (2020).
Contacto mãe-RN e amamentação	Contacto pele a pele precoce; apoio na colocação do recém-nascido à mama; orientação consistente na amamentação; promoção do vínculo mãe-RN.	Hadjigeorgiou et al. (2023); Hannon et al. (2023); Prosen & Ličen (2025).

A análise da Tabela 7 evidencia que as mulheres não valorizam estes fatores de forma isolada, mas como parte de uma experiência integrada, relacional e contínua. A autonomia, a comunicação eficaz e o consentimento informado surgem articulados com a perceção de segurança, confiança nos profissionais e participação ativa no processo de cuidados. Deste modo, a experiência positiva de parto depende não apenas dos resultados clínicos, mas também da forma como a mulher se sente respeitada, informada, acompanhada e envolvida nas decisões.

A relação terapêutica, a continuidade dos cuidados e o apoio emocional assumem particular relevância, uma vez que favorecem a construção de confiança e reduzem sentimentos de vulnerabilidade. Neste contexto, a presença atenta e disponível dos profissionais, nomeadamente do EE-ESMO, pode contribuir para uma experiência mais segura, humanizada e centrada na mulher.

Assim, os fatores facilitadores de uma experiência positiva demonstram que os CRM exigem uma articulação entre competência técnico-científica, comunicação terapêutica, respeito pela autonomia, promoção da fisiologia do parto, apoio familiar e ambiente de cuidados adequado. Esta abordagem reforça a necessidade de modelos de cuidados centrados na mulher e sustentados numa prática ética, relacional e humanizada.

Fatores associados a experiências negativas no *continuum* gravídico-puerperal

Em sentido oposto, a experiência materna pode ser comprometida por fatores relacionais, organizacionais, clínicos, ético-legais, ambientais e sociais. A sua identificação permite compreender que a experiência negativa do parto não resulta apenas da ocorrência de complicações clínicas, mas também da forma como os cuidados são comunicados, organizados, individualizados e vivenciados pela mulher (Hannon et al., 2023; Reyes-Amargant et al., 2025). Estes fatores encontram-se sistematizados na Tabela 8.

Tabela 8 - Fatores associados a experiências negativas no *continuum* gravídico-puerperal - Fonte: Elaboração Própria.

Dimensão	Fatores associados a experiências negativas	Autores
Falhas relacionais e comunicacionais	Comunicação rude, apática ou insuficiente; desvalorização das preocupações da mulher; culpabilização; falta de empatia; ausência de escuta ativa.	Hadjigeorgiou et al. (2023); Reyes-Amargant et al. (2025); Meyer et al. (2021).
Violação da autonomia e do consentimento informado	Procedimentos realizados sem consentimento informado; participação restrita ou simbólica na tomada de decisão; desvalorização do plano de parto; coerção ou intimidação.	Hrešanová (2025); Petit-Steeghs et al. (2019); Feeley et al. (2022); Westergård et al. (2025).
Cuidados desrespeitosos ou abusivos	Falta de humanização; abuso verbal; negligência; violência física; violações de privacidade; recusa de cuidados; desrespeito pela dignidade da mulher.	Hadjigeorgiou et al. (2023); Hrešanová (2025); Galle et al. (2026).
Fragmentação e falta de continuidade dos cuidados	Intervenção de múltiplos profissionais sem articulação; transferência inesperada de cuidados; rutura da continuidade relacional; informações contraditórias entre profissionais.	Petit-Steeghs et al. (2019); Reyes-Amargant et al. (2025); Leijerzapf et al. (2024).
Rigidez organizacional e protocolar	Aplicação rígida de protocolos sem individualização; baixa flexibilidade face às preferências da mulher; priorização da rotina institucional em detrimento das necessidades individuais.	Petit-Steeghs et al. (2019); Hrešanová (2025).
Insuficiência de recursos humanos e sobrecarga profissional	Falta de profissionais disponíveis; menor tempo para apoio emocional; menor capacidade de acompanhamento individualizado; sobrecarga da equipa.	Hannon et al. (2023); Reyes-Amargant et al. (2025).
Medicalização excessiva e intervenções pouco explicadas	Intervenções clínicas sem explicação adequada; cesariana ou procedimentos perccionados como inesperados; alívio da dor tardio ou insuficiente; exames vaginais repetidos ou pouco respeitosos.	Hadjigeorgiou et al. (2023); Reyes-Amargant et al. (2025); Prosen & Ličen (2025).
Ambiente físico e privacidade inadequados	Excesso de profissionais na sala; exposição corporal; ambiente pouco acolhedor; falta de privacidade; ausência de condições ambientais promotoras de conforto.	Reyes-Amargant et al. (2025); Westergård et al. (2025).
Apoio insuficiente no PP e amamentação	Falta de apoio na amamentação; orientações inconsistentes; ausência ou atraso no contacto pele a pele quando possível; menor apoio após cesariana.	Hannon et al. (2023); Petit-Steeghs et al. (2019); Hadjigeorgiou et al. (2023).
Vulnerabilidade individual e social	Baixa literacia em saúde; dificuldades socioeconómicas; origem migrante; história de problemas de saúde mental; complicações gestacionais; limitações cognitivas ou motoras.	Petit-Steeghs et al. (2019); Silva-Fernández et al. (2025); Mangindin et al. (2023).

À luz da Teoria do Cuidado Humano, estes fatores demonstram que a experiência de parto não é determinada apenas pela segurança clínica, mas também pela qualidade da relação estabelecida, pela presença terapêutica dos profissionais, pelo respeito, pela subjetividade da mulher e pela criação de um ambiente de cuidado que favoreça confiança, dignidade e bem-estar.

Estes resultados reforçam a necessidade de integrar competência técnico-científica com competência relacional, ética e comunicacional. A promoção de uma experiência positiva de parto exige vigilância clínica segura, mas também escuta ativa, respeito pela autonomia, informação clara, apoio emocional contínuo e defesa dos direitos da mulher no contexto dos cuidados de maternidade.

Principais consequências da experiência negativa das mulheres

As experiências negativas nos cuidados de maternidade podem ter impactos significativos no bem-estar psicológico, emocional e relacional da mulher, contribuindo para diversos resultados adversos em saúde. Estas consequências não se limitam ao momento do parto, podendo prolongar-se no período PP e influenciar a adaptação à parentalidade, a relação com o RN, a amamentação, a sexualidade, a qualidade de vida e a confiança futura nos profissionais e nos serviços de saúde (Hannon et al., 2023; Petit-Steeghs et al., 2019).

Entre as principais consequências descritas na literatura destacam-se a ansiedade, a depressão no PP, os sintomas de stresse pós-traumático (Hannon et al., 2023), o medo do parto (Galle et al., 2026), as dificuldades no vínculo mãe–RN, os problemas na amamentação (Westergård et al., 2025), a disfunção sexual (Reyes-Amargant et al., 2025), a menor qualidade de vida, a pior percepção de saúde e a presença de memórias persistentes associadas à dor e à perda de controlo (Westergård et al., 2025).

O parto vivido como traumático pode ainda influenciar decisões reprodutivas futuras, nomeadamente através do medo de uma nova gravidez, do receio de regressar ao mesmo local de parto ou da procura de alternativas assistenciais consideradas mais seguras pela mulher (Galle et al., 2026).

A Tabela 9 sistematiza as principais consequências da experiência negativa no parto e no PP, bem como as respetivas implicações para os cuidados de enfermagem.

Tabela 9 – Consequências da experiência negativa no parto e PP - Fonte: Elaboração Própria.

Dimensão	Principais manifestações	Implicações para a enfermagem
Psicológica e emocional	Ansiedade, sintomas de stresse pós-traumático, depressão PP, medo do parto, tristeza, culpa, frustração e perda de controlo	Identificar precocemente sofrimento emocional, validar a experiência da mulher e encaminhar quando necessário
Relacional e parental	Dificuldades no vínculo mãe–recém-nascido, insegurança nos cuidados ao recém-nascido, menor confiança materna	Promover apoio à vinculação, reforçar competências parentais e garantir presença terapêutica
Amamentação	Dificuldades no início e manutenção do aleitamento, frustração, percepção de incapacidade	Assegurar apoio consistente, individualizado e baseado na evidência
Sexualidade e qualidade de vida	Disfunção sexual, pior percepção de saúde, memórias persistentes de dor, menor qualidade de vida	Valorizar a recuperação física, emocional e sexual no PP
Decisões futuras e relação com os serviços	Medo de nova gravidez ou parto, evitamento do local de parto, perda de confiança nos profissionais	Reforçar comunicação, continuidade de cuidados e reconstrução da confiança nos serviços

As consequências dos maus-tratos ou dos cuidados desrespeitosos ocorridos durante a maternidade podem ser significativas e duradouras. Algumas mulheres descrevem sentimentos de tristeza, frustração, culpa, arrependimento e perda de controlo, referindo ainda a impossibilidade de viver uma experiência positiva de parto. Estas vivências podem originar medo relativamente a futuras gravidezes ou ao regresso ao mesmo local de parto, comprometendo a relação da mulher com os serviços de saúde (Meyer et al., 2021).

A ausência de escuta ativa e de validação da experiência vivida pode dificultar a elaboração emocional do parto, intensificando sentimentos de desvalorização, isolamento e sofrimento psicológico. Quando a mulher sente que as suas preocupações não foram ouvidas, que a sua autonomia foi limitada ou que a informação recebida foi insuficiente ou contraditória, pode desenvolver sentimentos de insegurança, impotência e diminuição da confiança nas suas capacidades para cuidar do RN (Petit-Steeghs et al., 2019).

As experiências negativas podem também comprometer a relação mãe–RN e a adaptação ao papel parental. O sentimento de perda de controlo, a exposição a procedimentos não consentidos, a comunicação inadequada ou a ausência de apoio emocional podem interferir com a construção de uma experiência de nascimento positiva e com o início da vinculação. Do mesmo modo, dificuldades no contacto precoce com o RN e apoio insuficiente à amamentação podem contribuir para maior insegurança materna e para dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno (Hannon et al., 2023; Petit-Steeghs et al., 2019).

Ao nível da saúde mental, a experiência negativa de parto pode associar-se a ansiedade, sintomas depressivos e manifestações compatíveis com stress pós-traumático no PP. Estas consequências são particularmente relevantes porque podem afetar não apenas a mulher, mas também a relação com o RN, a dinâmica familiar e o processo de transição para a parentalidade (Hannon et al., 2023; Petit-Steeghs et al., 2019). Assim, a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico deve constituir uma preocupação central dos profissionais de saúde, em especial no acompanhamento PP.

A vivência negativa do parto pode ainda repercutir-se na sexualidade, na perceção da saúde e na qualidade de vida da mulher. A disfunção sexual, as memórias persistentes de dor, a perceção de fragilidade física ou emocional e a diminuição da satisfação global com a experiência de maternidade demonstram que os efeitos do parto traumático podem prolongar-se para além do período imediato ao nascimento (Hannon et al., 2023; Petit-Steeghs et al., 2019).

Para além das consequências individuais, estas experiências podem fragilizar a confiança da mulher nos profissionais e nos serviços de saúde. A ausência de uma verdadeira relação de parceria, a participação meramente simbólica no processo de decisão e a perceção de que as suas preferências não foram valorizadas podem contribuir para menor satisfação com os cuidados prestados e para maior resistência em procurar cuidados futuros no mesmo contexto assistencial (Petit-Steeghs et al., 2019).

À luz da Teoria do Cuidado Humano, estas consequências refletem uma rutura de dimensões fundamentais do cuidar, nomeadamente a relação de ajuda-confiança, a presença terapêutica, a escuta ativa, a validação emocional, o respeito pela dignidade e a criação de um ambiente protetor. Nesta perspetiva, a experiência negativa de parto não deve ser compreendida apenas como resultado de eventos clínicos adversos, mas também como expressão de falhas relacionais, éticas, comunicacionais e organizacionais no processo de cuidados.

Em síntese, as experiências negativas nos cuidados de maternidade podem produzir efeitos prolongados na saúde mental, na vinculação, na amamentação, na sexualidade, na qualidade de vida e na relação futura da mulher com os serviços de saúde. Estas consequências evidenciam que a qualidade dos cuidados não pode ser avaliada apenas por indicadores clínicos, devendo integrar a forma como a mulher se sente respeitada, informada, escutada e envolvida nas decisões. Para o EE-ESMO, estes achados reforçam a necessidade de cuidados tecnicamente

seguros, eticamente sustentados, comunicacionalmente competentes e centrados na dignidade, autonomia e experiência subjetiva da mulher.

Violência obstétrica: perspectiva das mulheres

A VO constitui uma forma de violência de gênero, enraizada em desigualdades estruturais e práticas discriminatórias, sendo reconhecida como um problema de saúde global. Este conceito refere-se a atos de violência, abuso ou desrespeito praticados contra a mulher durante a gravidez, parto ou período PP, no contexto dos cuidados obstétricos. Contudo, devido à sua natureza multifacetada, não existe ainda uma definição universal nem uma lista consensual e abrangente dos comportamentos que configuram VO (Westergård et al., 2025).

Importa salientar que a VO não se confunde com a realização de intervenções clínicas necessárias. O problema emerge quando as intervenções são realizadas sem indicação clara, sem informação adequada, sem consentimento informado, de forma coerciva, desrespeitosa ou sem consideração pela dignidade e autonomia da mulher.

Embora o termo “VO” nem sempre seja facilmente reconhecido pelas mulheres, os relatos evidenciam experiências de desrespeito, humilhação, invasão da privacidade, falta de escuta, pressão para aceitar intervenções e tratamento frio ou agressivo, incluindo casos de discriminação. São também referidas memórias negativas associadas a determinados profissionais, como anestesiistas, bem como a presença excessiva de pessoas na sala de partos, aumentando a sensação de exposição e desconforto (Reyes-Amargant et al., 2025).

A VO, na perspectiva das mulheres, manifesta-se sobretudo quando os cuidados são vividos como desrespeitosos, coercivos, impessoais, não consentidos ou desumanizados, afetando a autonomia, a dignidade, a privacidade, a confiança e a segurança emocional durante a gravidez, parto e PP.

Tabela 10 – Evolução Conceptual da Violência Obstétrica – Fonte: Elaboração Própria.

Ano	Marco conceptual/normativo	Contributo para o conceito de violência obstétrica	Autores
2007	Introdução legal do conceito na Venezuela.	Reconhecimento da violência obstétrica como forma de violência contra as mulheres, associada à apropriação do corpo e dos processos reprodutivos pelos profissionais de saúde.	Begley et al. (2018); Pérez D'Gregorio (2010); Westergård et al. (2025).
2014	Declaração da OMS sobre desrespeito e abuso durante o parto em instituições de saúde.	Enquadramento do problema como violação dos direitos das mulheres a cuidados respeitosos, à vida, à saúde, à integridade corporal e à não discriminação.	Begley et al. (2018); WHO (2014).
2016	Recomendações internacionais para cuidados maternos respeitosos e baseados na evidência.	Reforço dos cuidados humanizados, da proteção dos direitos fundamentais e da centralidade da mulher nos cuidados.	Westergård et al. (2025); Begley et al. (2018).
2019	Relatório das Nações Unidas sobre maus-tratos e violência contra mulheres nos serviços de saúde reprodutiva.	Consolidação de uma abordagem baseada nos direitos humanos, com foco no parto e na violência obstétrica.	Westergård et al. (2025); Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2020).
2024	Reforço da discussão profissional e ética sobre maus-tratos, segurança e ambientes de cuidados respeitosos.	Reconhecimento da necessidade de mudanças sistêmicas, ambientes seguros, denúncia de abusos e cuidados centrados na mulher.	Westergård et al. (2025).

As manifestações da VO variam entre as diversas sociedades e contextos de saúde, sendo influenciadas por fatores culturais, sociais e legais. A VO inclui formas não físicas e físicas/procedimentais, conforme sistematizado na Tabela 11 (Westergård et al., 2025; Silva-Fernández et al., 2025).

Tabela 11 – Manifestações da Violência Obstétrica na perspetiva da mulher – Fonte: Elaboração Própria.

Formas não físicas	Formas físicas/procedimentais
Comunicação rude, humilhante ou agressiva	Procedimentos realizados sem consentimento informado
Desvalorização da dor, do medo ou das preocupações da mulher	Exames vaginais repetidos, dolorosos ou não consentidos
Falta de escuta ativa	Restrição injustificada da mobilidade
Pressão ou coerção para aceitar intervenções	Intervenções obstétricas sem explicação adequada
Participação simbólica na tomada de decisão	Separação mãe–recém-nascido sem justificação clínica
Falta de privacidade	Contacto físico ou exposição corporal não respeitadora
Discriminação social, cultural, linguística ou económica	Intervenções percecionadas como excessivas ou invasivas
Abandono, negligência ou ausência de apoio	Ausência de alívio da dor quando disponível e clinicamente indicado

A identificação destas formas de VO é desafiante, uma vez que pode estar normalizada nas práticas institucionais e sociais dos cuidados maternos. As experiências relatadas pelas mulheres relacionam-se sobretudo com ações e atitudes dos profissionais de saúde, mais do que com a dor do parto em si, sendo o respeito pela autonomia e o reconhecimento da vulnerabilidade materna elementos centrais para a sua prevenção (Westergård et al., 2025).

As mulheres identificam ainda os fatores institucionais como importantes determinantes da vulnerabilidade obstétrica. Neste plano, estas referem que ocorrem falhas no acesso aos serviços, falta de segurança, ausência de acompanhamento, desorganização, tempo de espera excessivo e dependência de protocolos rígidos (Silva-Fernández et al., 2025).

Em Portugal, um estudo realizado com 3833 mulheres revelou um uso excessivo de intervenções obstétricas e situações que podem ser enquadradas como VO. Em resposta, foram apresentadas recomendações parlamentares para melhorar a qualidade dos cuidados maternos, promover os direitos das mulheres e reforçar a investigação sobre a satisfação de utentes e profissionais de saúde, através da Recomendação da Assembleia da República nº175/2017, de 2 de agosto (Santos & Neves, 2021).

Para o EE-ESMO, a prevenção da VO implica uma prática clínica assente na evidência, no consentimento informado, na comunicação terapêutica, na promoção da privacidade, na defesa da autonomia da mulher e na identificação de situações de desrespeito, coerção ou abuso. O EE-ESMO assume, assim, um papel relevante na proteção da dignidade da mulher, na promoção da fisiologia do parto e na construção de ambientes de cuidado seguros, humanizados e eticamente sustentados (OE, 2021).

Os resultados relativos à VO evidenciam fragilidades na operacionalização dos processos *Clinical Caritas* e dos princípios fundamentais da Teoria do Cuidado Humano. A ausência da presença autêntica, da escuta ativa e do consentimento informado, associada a comunicação desrespeitosa e imposição de intervenções, compromete a relação terapêutica, gerando insegurança e perda de controlo. Paralelamente, o apoio emocional insuficiente, a falta de privacidade e de um ambiente humanizado, bem como a fraca participação da mulher na tomada de decisão, limitam a qualidade dos cuidados e o seu envolvimento ativo no processo de parto.

4.2. Perspetivas dos profissionais de saúde acerca dos cuidados respeitosos na maternidade

A perspetiva dos profissionais de saúde sobre os CRM evidencia uma tensão constante entre os princípios éticos do respeito, da autonomia e do consentimento informado e as exigências práticas do contexto obstétrico. A literatura demonstra que os profissionais reconhecem a importância de informar a mulher, comunicar de forma clara e promover a sua participação nas decisões relacionadas com o parto. Contudo, identificam múltiplos constrangimentos associados à falta de tempo, à elevada carga de trabalho, à pressão institucional e à necessidade de responder rapidamente a situações clínicas complexas. Neste contexto, os CRM surgem frequentemente como um ideal valorizado pelos profissionais, mas difícil de concretizar de forma consistente na prática clínica quotidiana (Abiola et al., 2025; Reyes-Amargant et al., 2025).

Esta tensão não é meramente individual; reflete as contradições estruturais dos sistemas de saúde que, por um lado, defendem o respeito pelos direitos da mulher como princípio orientador e, por outro, mantêm condições organizacionais que dificultam a sua concretização (Abiola et al., 2025; Feeley et al., 2022).

Hunter et al. (2017), num estudo qualitativo realizado na Irlanda com mulheres, *midwives*, obstetras e médicos de família, concluíram que os cuidados centrados na mulher, embora amplamente valorizados pelos profissionais, não são implementados de forma consistente, permanecendo dominante um modelo obstétrico centrado na segurança e na eficiência. Compreender a perspetiva dos profissionais implica, por isso, considerar simultaneamente as suas atitudes e valores, os constrangimentos institucionais que enfrentam e a forma como o contexto organizacional influencia as práticas quotidianas. É nesta intersecção entre intenção profissional e realidade institucional que se situa o núcleo da problemática dos CRM na perspetiva dos profissionais (Hunter et al., 2017).

Comunicação, consentimento e decisão partilhada

A literatura analisada demonstra que os profissionais reconhecem a comunicação, a informação e o consentimento informado como elementos centrais na promoção dos CRM. Estes aspetos são entendidos como fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, na transparência, no respeito pela dignidade da mulher e na promoção da sua participação ativa no processo de cuidados (Hunter et al., 2017; Reyes-Amargant et al., 2025).

A comunicação eficaz permite que a mulher se sinta mais segura, envolvida e capaz de participar nas decisões relacionadas com a gravidez, o TP, o parto e o PP. Para tal, os profissionais devem adaptar continuamente a informação às necessidades específicas da mulher e do seu contexto familiar, promovendo a escuta ativa e a reflexão conjunta acerca das suas necessidades, experiências e expectativas (Petit-Steeghs et al., 2019).

Neste contexto, o consentimento informado constitui um princípio ético e legal fundamental, refletindo o respeito pela autonomia e pelos direitos da mulher. A sua obtenção deve envolver a explicação clara dos procedimentos, riscos, benefícios e alternativas disponíveis, permitindo à mulher tomar decisões informadas relativamente ao seu corpo e ao seu processo de parto (Abiola et al., 2025; Fredriksson et al., 2024). Assim, a participação ativa da mulher nos cuidados depende diretamente da qualidade da comunicação estabelecida e do acesso a informação compreensível, adequada e baseada na evidência científica.

Contudo, os estudos evidenciam que a concretização destes princípios é frequentemente condicionada por fatores organizacionais e estruturais. Reyes-Amargant et al. (2025) demonstram que a limitação do tempo disponível nas consultas obstétricas constitui um dos principais obstáculos à prestação de cuidados centrados na mulher, dificultando a transmissão de

informação clara, completa e individualizada. Esta realidade é igualmente corroborada pelas próprias mulheres, conforme analisado anteriormente.

Hunter et al. (2017) identificam a partilha de informação e a educação para a saúde como componentes essenciais dos cuidados centrados na mulher, embora frequentemente limitadas pela ausência de uma filosofia de cuidados partilhada entre os diferentes grupos profissionais e pela escassez de tempo disponível para aprofundar o diálogo. Quando a informação fornecida é insuficiente ou pouco acessível, as mulheres recorrem frequentemente a fontes alternativas, como a internet e as redes sociais, o que pode gerar expectativas desajustadas e dificultar a relação terapêutica (Reyes-Amargant et al., 2025).

A ausência de continuidade de cuidados e de um profissional de referência ao longo do processo gravídico-puerperal é igualmente identificada como uma barreira à comunicação eficaz e à participação informada da mulher. Em muitos contextos hospitalares, as mulheres interagem com múltiplos profissionais durante o TP e o parto, dificultando o estabelecimento de relações de confiança e comprometendo a adaptação da informação às suas necessidades individuais (Reyes-Amargant et al., 2025). Hunter et al. (2017) corroboram esta perspetiva, sublinhando que a consistência do cuidador ao longo da gravidez, parto e PP é considerada pelos profissionais um importante indicador de qualidade assistencial.

Apesar do reconhecimento da importância do consentimento informado, os estudos analisados demonstram que a sua operacionalização nem sempre ocorre de forma plena. Os profissionais referem que o contexto obstétrico é frequentemente marcado por situações de imprevisibilidade e urgência clínica, nas quais o tempo disponível para discutir opções terapêuticas é reduzido (Hunter et al., 2017). Abiola et al. (2025) evidenciam que, em determinados contextos, a prioridade atribuída à segurança materno-fetal pode limitar a discussão com a mulher e comprometer a obtenção de um consentimento verdadeiramente informado.

Esta tensão torna-se particularmente evidente na forma como o consentimento é obtido na prática. Alguns profissionais admitem que este se reduz frequentemente à obtenção de uma assinatura em momentos de vulnerabilidade física e emocional, sem que a mulher tenha tido oportunidade de compreender plenamente o que lhe está a ser proposto ou de considerar alternativas. Esta situação corresponde ao denominado “consentimento falso”, caracterizado pela obtenção de concordância num contexto de medo, pressão ou vulnerabilidade, sem verdadeira possibilidade de escolha informada (Abiola et al., 2025; Reyes-Amargant et al., 2025).

A utilização do bem-estar fetal como argumento para garantir o consentimento materno, mesmo em situações clinicamente não emergentes, é igualmente identificada como uma forma subtil de coerção que compromete a autonomia da mulher (Abiola et al., 2025). Paralelamente, Hunter et al. (2017) referem que a tomada de decisão partilhada, embora amplamente valorizada pelos profissionais, continua frequentemente condicionada por estruturas hierárquicas, protocolos rígidos e relações de poder que limitam a participação efetiva das mulheres.

Os estudos demonstram ainda que determinados procedimentos, como a episiotomia ou a amniotomia, continuam a ser realizados sem consentimento explícito prévio, sendo explicados apenas posteriormente ou assumidos como práticas rotineiras (Reyes-Amargant et al., 2025). Esta realidade evidencia a persistência de uma cultura assistencial em que a autonomia da mulher é, por vezes, secundarizada face à autoridade técnica dos profissionais.

Assim, a comunicação, o consentimento informado e a tomada de decisão partilhada constituem dimensões inseparáveis dos CRM. A sua promoção exige não apenas competências comunicacionais por parte dos profissionais, mas também condições organizacionais que favoreçam relações terapêuticas de confiança, continuidade de cuidados e processos de decisão verdadeiramente colaborativos.

Segurança materno-fetal, cultura de risco e autonomia da mulher

A tomada de decisão clínica constitui outro elemento central na perspectiva dos profissionais sobre os CRM. Os estudos analisados demonstram que a decisão clínica em obstetrícia é frequentemente influenciada por um paradigma de segurança fortemente centrado na proteção do feto, o qual orienta a atuação dos profissionais e a priorização das intervenções (Abiola et al., 2025; Hunter et al., 2017).

Os profissionais referem que a salvaguarda da saúde do RN constitui uma prioridade central na prática obstétrica, podendo justificar intervenções médicas mesmo quando estas não correspondem às preferências da mulher (Abiola et al., 2025). Abiola et al. (2025) evidenciam que este paradigma de segurança, embora legítimo em muitos contextos, pode comprometer a autonomia materna ao enquadrar o consentimento da mulher como secundário face à urgência clínica. Assim, a priorização do bem-estar fetal pode transformar-se numa lógica que legitima a sobreposição das decisões profissionais às preferências da mulher, mesmo em contextos sem carácter emergente.

Hunter et al. (2017) acrescentam que esta lógica de segurança é tão prevalente que as próprias mulheres tendem a associar cuidados medicalizados à segurança e normalidade, mesmo sem conhecimento aprofundado sobre alternativas existentes. Esta interiorização do paradigma biomédico dificulta a valorização de modelos de cuidados mais centrados na mulher e contribui para a perpetuação de uma cultura de medicalização do parto (Hunter et al., 2017).

Esta realidade é agravada por estruturas hierárquicas que posicionam os médicos como figuras de autoridade cujas decisões podem prevalecer sobre as preferências das mulheres, limitando as oportunidades para uma tomada de decisão verdadeiramente partilhada (Abiola et al., 2025). As *midwives* encontram-se frequentemente numa posição de tensão entre os seus próprios valores profissionais e as suas orientações médicas institucionais.

Algumas relatam sentir-se obrigadas a realizar intervenções que consideram desnecessárias, experienciando sofrimento ético e sentimentos de impotência (Reyes-Amargant et al., 2025). Hunter et al. (2017) corroboram esta perspectiva, identificando uma hierarquia de poder clara em que as *midwives* e as mulheres permanecem subordinadas às decisões obstétricas, constituindo uma barreira estrutural à implementação dos CRM.

Violência obstétrica: perspectivas e resistências dos profissionais

A perspectiva dos profissionais relativamente ao conceito de VO revela a complexidade inerente à discussão dos CRM. Os estudos analisados demonstram que este termo é frequentemente rejeitado pelos profissionais, particularmente pelos obstetras, que o consideram ofensivo por pressupor intencionalidade no dano causado. Para estes profissionais, a palavra “violência” associa-se a uma intenção deliberada de prejudicar, percecionada como incompatível com a missão de cuidar e proteger a saúde da mulher e do RN (Reyes-Amargant et al., 2025).

Contudo, esta resistência terminológica não corresponde necessariamente à negação da existência de práticas desrespeitosas. Pelo contrário, vários profissionais reconhecem que determinadas condutas naturalizadas ao longo do tempo podem configurar situações de desrespeito ou abuso, ainda que nem sempre sejam identificadas como tal. Alguns admitem que procedimentos anteriormente considerados aceitáveis, como exames vaginais sem consentimento explícito, a manobra de Kristeller ou intervenções realizadas com finalidade pedagógica, refletem práticas cuja legitimidade tem vindo progressivamente a ser questionada (Reyes-Amargant et al., 2025).

Esta dificuldade em reconhecer determinadas práticas como desrespeitosas relaciona-se, em parte, com a normalização de procedimentos rotineiros e com a ausência de reflexão ética sistemática sobre a prática clínica. Muitos profissionais foram formados em contextos em que

determinadas condutas eram consideradas normais e aceitáveis, o que dificulta a sua problematização enquanto formas de abuso ou desrespeito. Esta constatação reforça a importância da formação contínua, da supervisão clínica e da criação de espaços de reflexão crítica sobre a prática profissional (Reyes-Amargant et al., 2025).

A literatura identifica ainda a denominada “VO silenciosa”, caracterizada por práticas subtis de desrespeito que não envolvem necessariamente violência física, mas que afetam profundamente a experiência da mulher, como comentários depreciativos, atitudes paternalistas ou a desvalorização da expressão da dor. Alguns profissionais reconhecem que estas formas subtis de desrespeito podem ocorrer sem plena consciência por parte de quem as pratica, tornando a sua identificação e prevenção particularmente desafiantes (Reyes-Amargant et al., 2025).

Cultura organizacional, condições institucionais e sofrimento ético

Para além dos fatores clínicos e éticos, a literatura evidencia que as condições organizacionais dos serviços de saúde constituem um determinante fundamental na prestação de CRM. A elevada carga de trabalho, a escassez de recursos humanos e a pressão institucional são identificadas como fatores que condicionam a prática dos profissionais e limitam a possibilidade de prestar cuidados individualizados e humanizados (Abiola et al., 2025).

Feeley et al. (2022), num estudo narrativo realizado com 45 *midwives* do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, demonstram que a cultura organizacional influencia profundamente a experiência dos profissionais. Os resultados evidenciam uma polarização entre ambientes de trabalho marcados por angústia, frustração e relações hierárquicas punitivas, e contextos organizacionais positivos, colaborativos e alinhados com os valores dos cuidados centrados na mulher. Esta dicotomia demonstra que a capacidade dos profissionais para prestar CRM depende não apenas das suas competências individuais, mas também do contexto institucional e sociocultural em que exercem funções (Feeley et al., 2022).

As *midwives* que trabalham em ambientes não apoiantes, descrevem conflitos constantes entre os seus valores profissionais e as suas expectativas institucionais, traduzidos em sentimentos de divisão, desgaste emocional e medo de represálias quando procuram defender a autonomia das mulheres. A chamada “cultura de culpa” (*blame culture*), centrada na responsabilização individual em detrimento da análise das falhas sistémicas, foi identificada como particularmente prejudicial, promovendo medo de errar, práticas defensivas e progressiva desconexão emocional das mulheres cuidadas (Feeley et al., 2022).

Feeley et al. (2022) demonstram ainda que culturas organizacionais assentes na colaboração, no suporte mútuo e no respeito pela autonomia favorecem maior satisfação profissional, menor desgaste emocional e maior capacidade para prestar CRM de forma consistente. Nestes contextos, as escolhas das mulheres são integradas na prática quotidiana, deixando de ser percecionadas como ameaças à segurança clínica (Feeley et al., 2022). Os mesmos autores referem ainda que estes ambientes organizacionais positivos se associam a melhores resultados clínicos e a maior segurança nos cuidados de maternidade, reforçando a importância da cultura institucional na promoção dos CRM.

O trabalho em equipa coeso e colaborativo emerge igualmente como um fator protetor relevante. *Midwives* integradas em equipas com valores partilhados e relações de confiança demonstram maior resiliência perante os constrangimentos institucionais e maior capacidade para manter práticas centradas na mulher, reduzindo simultaneamente o risco de desgaste profissional e abandono da profissão (Feeley et al., 2022).

Modelos de cuidados, continuidade e papel do EE-ESMO

A literatura analisada identifica o *midwifery-led care* como o modelo que mais diretamente operacionaliza os princípios dos CRM na perspectiva dos profissionais. Hunter et al. (2017) demonstram que os diferentes grupos profissionais participantes, incluindo obstetras e médicos de família, reconhecem que os cuidados centrados na mulher são mais facilmente concretizados através de modelos coordenados por *midwives*, particularmente em unidades de parto conduzidas por estas profissionais. Estes modelos são associados a maior continuidade de cuidados, maior individualização da assistência, menor intervencionismo e experiências de parto mais positivas (Hunter et al., 2017).

Feeley et al. (2022) complementam esta perspectiva ao demonstrar que as *midwives* que trabalham em modelos de continuidade de cuidados relatam experiências profissionais mais positivas, caracterizadas por relações terapêuticas mais profundas, maior satisfação profissional e maior capacidade para respeitar a autonomia das mulheres. Estas profissionais descrevem momentos de profunda realização emocional, designados pelos autores como *Stories of the sublime*, associados a experiências de proximidade, confiança e cumplicidade com as mulheres e com os seus planos de parto (Feeley et al., 2022).

No contexto português, esta discussão deve ser articulada com o papel do EE-ESMO, cuja intervenção se encontra alinhada com os princípios dos CRM. Para além da vigilância clínica da gravidez, TP, parto e PP, o EE-ESMO desempenha um papel fundamental na promoção da fisiologia dos processos reprodutivos, na comunicação terapêutica, na educação para a saúde, no apoio à tomada de decisão informada e na defesa da autonomia da mulher (OE, 2021). A sua atuação pressupõe uma abordagem centrada na mulher e na família, baseada na parceria de cuidados, no respeito pelas preferências individuais e na promoção de experiências positivas de maternidade (OE, 2021). Neste sentido, o EE-ESMO assume uma posição estratégica na concretização dos CRM, funcionando frequentemente como mediador entre as preferências da mulher, a segurança clínica e as exigências organizacionais dos serviços de saúde. Através da continuidade relacional, da advocacia da mulher e da articulação interdisciplinar, estes profissionais contribuem para a humanização dos cuidados e para a implementação de modelos assistenciais mais centrados na mulher (OE, 2021, 2025).

Contudo, tanto Feeley et al. (2022) como Hunter et al. (2017) reconhecem que a implementação de modelos verdadeiramente centrados na mulher, exige mudanças profundas a nível organizacional, cultural e político. A persistência de hierarquias rígidas, a prevalência de uma cultura de risco, medicalização e a escassez de recursos continuam a limitar a adoção generalizada destes modelos, mesmo quando os profissionais os reconhecem como desejáveis (Feeley et al., 2022; Hunter et al., 2017).

Expectativas das mulheres, plano de parto e relação terapêutica

A literatura analisada evidencia que o aumento do acesso à informação, particularmente através da internet e das redes sociais, tem contribuído para o empoderamento das mulheres e para uma participação mais ativa nas decisões relacionadas com a maternidade. Contudo, alguns profissionais reconhecem que este fenómeno pode também gerar expectativas difíceis de conciliar com a realidade clínica, criando desafios à comunicação e à relação terapêutica (Reyes-Amargant et al., 2025).

Esta tensão torna-se particularmente evidente relativamente ao plano de parto. Enquanto as mulheres o percecionam como um instrumento de expressão das suas preferências e exercício da sua autonomia, alguns profissionais consideram que pode contribuir para a criação de expectativas difíceis de concretizar no contexto hospitalar (Reyes-Amargant et al., 2025). Neste sentido, Baranowska et al. (2020) sugerem que o elemento mais relevante não é a existência de um plano de parto em si, mas a capacidade dos profissionais para respeitar e concretizar, sempre

que possível, as preferências nele expressas. Os autores reforçam ainda a importância do diálogo durante o período pré-natal para alinhar expectativas, clarificar limitações e fortalecer a relação terapêutica.

Por outro lado, alguns profissionais consideram que o debate em torno da VO contribuiu para um clima de desconfiança mútua, no qual as mulheres chegam ao parto receosas relativamente às intenções dos profissionais, enquanto estes se sentem estigmatizados e desvalorizados no seu papel (Abiola et al., 2025). Esta erosão da confiança pode comprometer a comunicação e dificultar o estabelecimento de relações terapêuticas abertas e respeitadoras. Feeley et al. (2022) sublinham que relações terapêuticas autênticas, baseadas na confiança e no respeito mútuo, constituem um elemento essencial para a promoção dos CRM e para o bem-estar dos próprios profissionais.

Assim, os estudos sugerem que a construção de uma relação terapêutica sólida depende da existência de comunicação eficaz, confiança mútua e educação para a saúde durante o período pré-natal, criando condições para uma participação informada da mulher e para a prestação de cuidados verdadeiramente centrados nas suas necessidades e preferências.

Articulação com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson

À luz da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, os resultados apresentados reforçam a importância da relação terapêutica como elemento central da prática de enfermagem. A teoria concebe o cuidado como um processo humanizado, baseado na presença, na empatia, no respeito e no reconhecimento da pessoa enquanto ser único e digno. Estes princípios assumem particular relevância no contexto da maternidade, no qual a mulher necessita não apenas de competência técnico-científica, mas também de escuta, apoio emocional e validação das suas vivências (Watson, 2008).

O desenvolvimento da relação de ajuda-confiança, um dos processos centrais da teoria de *Watson*, revela-se particularmente pertinente neste contexto. Os profissionais identificam a erosão da confiança — agravada pelo discurso em torno da VO e pela ausência de continuidade de cuidados — como uma das principais barreiras à comunicação eficaz e ao consentimento genuíno (Abiola et al., 2025). A teoria de *Watson* sustenta que, sem uma relação de confiança autêntica, o cuidado perde a sua dimensão humanizadora e reduz-se a intervenções meramente técnicas (Watson, 2008).

De igual modo, a criação de ambientes físicos, emocionais e organizacionais sustentadores encontra-se frequentemente comprometida pelas condições institucionais descritas pelos profissionais (Feeley et al., 2022; Watson, 2008). Feeley et al. (2022) demonstram que culturas organizacionais punitivas e hierárquicas geram ambientes marcados pelo medo, culpa e desconfiança, afastando-se da visão humanizada proposta por *Watson*. Em contrapartida, culturas organizacionais positivas aproximam-se da perspetiva da autora, criando condições para o desenvolvimento de um cuidado transpessoal, entendido como uma relação profunda, significativa e autêntica entre o profissional e a mulher (Watson, 2008).

O cultivo da sensibilidade para si próprio e para os outros emerge igualmente como dimensão fundamental da teoria de *Watson*. Profissionais mais conscientes dos seus valores, emoções e limitações encontram-se mais bem preparados para identificar práticas desrespeitosas, refletir criticamente sobre a sua atuação e manter uma presença empática mesmo em contextos de elevada pressão (Watson, 2008; Feeley et al., 2022). As *Stories of the sublime* descritas por Feeley et al. (2022) representam precisamente a expressão desta dimensão relacional e humanizada do cuidado na prática obstétrica.

Assim, os CRM exigem a integração de competências técnicas, relacionais, comunicacionais e éticas, de modo a garantir uma assistência centrada na mulher, ajustada às suas necessidades e promotora de experiências positivas e respeitadoras da dignidade humana. A Teoria do Cuidado

Humano de Jean Watson constitui, neste contexto, um referencial conceptual particularmente relevante, ao permitir compreender o cuidado para além da sua dimensão técnico-instrumental. A valorização da presença autêntica, da relação terapêutica, da empatia e do apoio emocional reforça a necessidade de modelos de cuidados que conciliem segurança clínica com humanização da assistência, sustentando práticas verdadeiramente respeitosas na maternidade.

Tabela 12 - Barreiras e facilitadores dos cuidados respeitosos na perspectiva dos profissionais. Fonte: Elaboração Própria.

Dimensão	Barreiras identificadas	Facilitadores dos CRM
Comunicação e informação	Tempo limitado, informação insuficiente, ausência de profissional de referência.	Escuta ativa, informação clara, educação pré-natal e continuidade relacional.
Consentimento e decisão partilhada	Consentimento formal sem compreensão plena, pressão em contexto de vulnerabilidade, hierarquias profissionais.	Explicação de riscos, benefícios e alternativas; decisão partilhada; respeito pelo plano de parto.
Segurança materno-fetal	Cultura de risco, práticas defensivas, uso do bem-estar fetal como argumento coercivo.	Integração entre segurança clínica, autonomia e comunicação respeitosa.
Cultura organizacional	Carga de trabalho, escassez de recursos, cultura de culpa, medo de represálias.	Liderança ética, trabalho em equipa, suporte mútuo e melhoria contínua.
Modelos de cuidados	Fragmentação assistencial, medicalização e hierarquias rígidas.	Continuidade de cuidados, modelos liderados por <i>midwives</i> /EE-ESMO e menor intervencionismo quando clinicamente adequado.
Relação terapêutica	Desconfiança mútua, expectativas desalinhadas, plano de parto percecionado como ameaça.	Diálogo pré-natal, clarificação de expectativas e construção de confiança.
Desenvolvimento profissional	Normalização de práticas desrespeitosas, ausência de reflexão ética.	Formação contínua, supervisão clínica, simulação e discussão reflexiva de casos.

Em síntese, as perspetivas dos profissionais evidenciam que os CRM são amplamente reconhecidos como um padrão desejável de qualidade assistencial, mas a sua concretização permanece condicionada por fatores organizacionais, culturais e relacionais. A tensão entre autonomia e segurança, as hierarquias profissionais, a escassez de recursos e a persistência de modelos biomédicos constituem desafios relevantes à implementação destes cuidados. Simultaneamente, a continuidade dos cuidados, a comunicação terapêutica, o trabalho colaborativo e a liderança dos EE-ESMO emergem como elementos facilitadores fundamentais para a promoção de experiências positivas e respeitadoras da dignidade da mulher.

4.3. Estratégias para a promoção dos cuidados respeitosos na maternidade

A análise da literatura evidencia que a promoção dos CRM depende de intervenções interdependentes que atuam simultaneamente ao nível dos profissionais, das equipas, das organizações e das políticas de saúde (Tabela 13). Os estudos analisados demonstram que estratégias centradas exclusivamente na mudança individual tendem a produzir resultados limitados quando persistem barreiras estruturais e culturais nos serviços de maternidade. Assim, a implementação efetiva dos CRM exige uma abordagem sistémica e integrada, capaz de transformar não apenas as práticas clínicas, mas também os contextos organizacionais em que estas ocorrem.

Tabela 13 - Síntese das principais estratégias para a promoção dos CRM e respetivos níveis de intervenção. Fonte: Elaboração Própria.

Eixo estratégico	Estratégias principais	Nível de intervenção
Formação ética, comunicacional e relacional	Formação em comunicação clínica, escuta ativa, empatia, consentimento informado, direitos das mulheres e reflexão ética.	Individual/profissional.
Consentimento informado e decisão partilhada	Consentimento como processo contínuo; explicação de procedimentos, riscos, benefícios e alternativas; respeito pela recusa; documentação adequada.	Relacional/ético-clínico.
Continuidade de cuidados	Acompanhamento por equipa/profissional de referência; articulação gravidez–parto–PP; modelos liderados por <i>midwives</i> /EE-ESMO.	Organizacional/assistencial.
Cultura organizacional humanizada	Substituição da cultura de culpa por cultura de aprendizagem; liderança ética; ambientes de trabalho seguros e apoiantes.	Organizacional.
Trabalho em equipa e suporte entre pares	<i>Debriefing</i> , supervisão clínica não punitiva, comunicação interprofissional, clarificação de papéis e valores partilhados.	Organizacional/interprofissional.
Empoderamento da mulher	Educação para a saúde, plano de parto, informação acessível, literacia em saúde e participação ativa nas decisões.	Relacional/comunitário.
Políticas e mudanças sistémicas	Dotações seguras, revisão de protocolos, monitorização da experiência das mulheres, investigação e integração dos CRM nas políticas de saúde.	Sistémico/político.

Formação ética, comunicacional e relacional dos profissionais

Uma das estratégias mais frequentemente identificadas na literatura consiste no investimento na formação dos profissionais de saúde, não apenas ao nível técnico, mas também nas dimensões relacionais, comunicacionais e éticas (Abiola et al., 2025; Reyes-Amargant et al., 2025; Petit-Steeeghs et al., 2019). Reyes-Amargant et al. (2025) sublinham que a comunicação empática e respeitosa não constitui uma competência inata, devendo ser desenvolvida desde a formação pré-graduada e ao longo do percurso profissional. Neste sentido, torna-se fundamental que os profissionais desenvolvam competências que favoreçam uma interação mais profunda com a mulher, baseada na escuta ativa, na validação das suas preocupações e na construção de uma relação terapêutica humanizada (Petit-Steeeghs et al., 2019).

Os profissionais participantes nos estudos reconhecem a necessidade de melhorar as suas competências comunicacionais, identificando a formação em comunicação clínica como uma estratégia essencial para melhorar a relação terapêutica e a experiência da mulher durante o processo gravídico-puerperal (Reyes-Amargant et al., 2025).

Hakimi et al. (2025) acrescentam que a formação deve integrar uma componente de reflexão ética sistemática, permitindo aos profissionais identificar situações de coerção subtil, reconhecer os limites do consentimento informado na prática clínica e desenvolver estratégias que promovam uma tomada de decisão verdadeiramente partilhada. A criação de espaços formativos que incluam o debate sobre os direitos das mulheres, a autonomia, o consentimento informado e as dinâmicas de poder em contexto obstétrico é apontada como fundamental para promover uma cultura profissional mais reflexiva e respeitadora (Abiola et al., 2025).

Hunter et al. (2017) reforçam igualmente a importância de desenvolver uma filosofia de cuidados partilhada entre obstetras, *midwives* e médicos de família, defendendo que a ausência

de uma visão comum sobre os CRM constitui uma das principais barreiras à sua implementação consistente.

Apesar da relevância atribuída à formação, os estudos sugerem que a aquisição de conhecimentos e competências, por si só, não garante alterações sustentadas das práticas clínicas. Quando os profissionais regressam a contextos organizacionais caracterizados por escassez de recursos, pressão assistencial e culturas hierárquicas rígidas, a aplicação dos princípios aprendidos pode tornar-se difícil. Assim, a formação deve ser acompanhada por estratégias institucionais que favoreçam a transferência do conhecimento para a prática clínica.

Consentimento informado e tomada de decisão partilhada

A literatura analisada identifica o consentimento informado como um dos pilares fundamentais dos CRM e, simultaneamente, como uma das áreas em que persistem maiores fragilidades na prática clínica (Abiola et al., 2025; Reyes-Amargant et al., 2025; Hrešanová, 2025). Hakimi et al. (2025) defendem que o consentimento informado deve deixar de ser entendido como um ato pontual — frequentemente associado apenas à assinatura de um formulário — para passar a ser concebido como um processo contínuo de comunicação, escuta e negociação ao longo de todo o *continuum* gravídico-puerperal.

Esta perspetiva implica que os profissionais expliquem os procedimentos antes da sua realização, apresentem alternativas terapêuticas, respeitem a recusa da mulher e documentem adequadamente o processo de tomada de decisão (Abiola et al., 2025). Reyes-Amargant et al. (2025) sublinham que a obtenção de um consentimento genuinamente informado exige tempo, confiança e uma relação terapêutica previamente estabelecida, condições que dependem da existência de continuidade de cuidados e de dotações seguras de profissionais.

A implementação de protocolos específicos de consentimento informado para procedimentos frequentemente realizados de forma rotineira, como a episiotomia ou a amniotomia, é identificada como uma medida concreta para promover o respeito pela autonomia da mulher. Contudo, os autores alertam que esta estratégia não deve assumir um carácter meramente burocrático ou defensivo, devendo refletir um compromisso efetivo com o direito da mulher a decidir sobre o seu corpo e sobre o seu processo de parto (Abiola et al., 2025).

Continuidade de cuidados e modelos centrados na mulher

A continuidade de cuidados emerge como uma das estratégias mais consistentemente associadas à promoção dos CRM (Hunter et al., 2017; Feeley et al., 2022; Rubashkin et al., 2021). Hunter et al. (2017) demonstram que a continuidade do cuidador — isto é, o acompanhamento pela mesma equipa ou profissional ao longo da gravidez, parto e PP — é valorizada tanto pelas mulheres como pelos profissionais, sendo considerada um elemento central da qualidade dos cuidados.

A continuidade favorece o desenvolvimento de relações de confiança, facilita a comunicação, promove a individualização dos cuidados e reduz a vulnerabilidade associada à fragmentação assistencial. Feeley et al. (2022) reforçam que os modelos que adotam uma continuidade de cuidados estão associados a experiências profissionais mais positivas, menor intervencionismo obstétrico e maior satisfação das mulheres com os cuidados recebidos.

Estes modelos criam condições favoráveis à operacionalização dos princípios dos CRM, promovendo a parceria terapêutica, o respeito pela autonomia e a individualização da assistência (Feeley et al., 2022). Hunter et al. (2017) acrescentam que, mesmo em maternidades convencionais, existem oportunidades para melhorar os cuidados centrados na mulher através da consistência na atribuição de profissionais, da melhoria da comunicação interprofissional e da adoção de uma filosofia partilhada de cuidados.

Petit-Steeghs et al. (2019) defendem igualmente a necessidade de transição de um modelo predominantemente orientado para tarefas e resultados clínicos para uma perspetiva mais holística e relacional, centrada na mulher e no seu contexto familiar.

No contexto português, a discussão sobre modelos liderados por *midwives* deve ser articulada com o papel do EE-ESMO. Pela sua intervenção na vigilância da gravidez, promoção da fisiologia do parto, comunicação terapêutica, apoio à tomada de decisão, defesa da autonomia da mulher e articulação interdisciplinar, o EE-ESMO assume uma posição estratégica na operacionalização dos CRM (OE, 2021). A sua atuação pode contribuir para reduzir a fragmentação dos cuidados, promover a continuidade relacional e garantir uma assistência segura, humanizada e centrada na mulher (OE, 2021, 2025).

Cultura organizacional, liderança e trabalho em equipa

Feeley et al. (2022) identificam a cultura organizacional como um dos fatores mais determinantes na capacidade dos profissionais para prestar CRM de forma consistente e sustentada. Culturas institucionais punitivas, hierárquicas e excessivamente centradas na gestão do risco contribuem para ambientes de medo, sofrimento ético e prática defensiva, dificultando o respeito pela autonomia da mulher e a implementação de cuidados centrados na mulher (Feeley et al., 2022).

Em contrapartida, culturas organizacionais abertas, colaborativas e respeitadoras da autonomia — tanto das mulheres como dos profissionais — favorecem a implementação de práticas humanizadas e alinhadas com os princípios dos CRM. Entre as estratégias identificadas destacam-se a substituição da cultura de culpa por uma cultura de aprendizagem e responsabilidade partilhada, a criação de ambientes de trabalho seguros e apoiantes e o desenvolvimento de lideranças transformacionais capazes de integrar os princípios dos CRM na prática quotidiana das equipas (Feeley et al., 2022). Hakimi et al. (2025) defendem ainda que as instituições devem rever protocolos e estruturas organizacionais para garantir que a autonomia da mulher não seja subordinada à eficiência institucional ou à gestão do risco.

A transformação cultural implica igualmente o fortalecimento do trabalho em equipa e das relações interprofissionais. Hunter et al. (2017) defendem a necessidade de reduzir hierarquias rígidas entre obstetras e *midwives* e de construir uma filosofia de cuidados partilhada entre os diferentes grupos profissionais. De igual modo, Feeley et al. (2022) demonstram que profissionais inseridos em equipas caracterizadas por comunicação aberta, valores partilhados e relações de confiança apresentam maior resiliência face aos constrangimentos institucionais e maior capacidade para prestar cuidados centrados na mulher.

O acesso a supervisão clínica não punitiva, momentos de *debriefing* e espaços de reflexão coletiva sobre a prática constitui uma estratégia importante para apoiar emocionalmente os profissionais e promover uma cultura de aprendizagem contínua (Feeley et al., 2022). Esta dimensão assume particular relevância face ao sofrimento ético vivenciado pelos profissionais quando existe conflito entre os seus valores e as exigências organizacionais. Assim, investir no bem-estar dos profissionais constitui simultaneamente uma estratégia de saúde ocupacional e uma medida fundamental para promover a qualidade, a humanização e o respeito nos cuidados de maternidade (Abiola et al., 2025).

Empoderamento da mulher e educação para a saúde

A literatura evidencia igualmente o empoderamento das mulheres como uma estratégia essencial para a promoção dos CRM (Hunter et al., 2017; Reyes-Amargant et al., 2025). Hunter et al. (2017) demonstram que muitas mulheres desconhecem as suas opções de cuidados e tendem a associar a medicalização do parto à segurança, o que limita a sua capacidade de exercer escolhas informadas.

A educação para a saúde durante o período pré-natal, nomeadamente sobre os direitos da mulher, as opções disponíveis, o plano de parto e os princípios dos CRM, é apontada como fundamental para promover a participação ativa da mulher no seu processo de cuidados (Hunter et al., 2017).

Reyes-Amargant et al. (2025) reforçam que o empoderamento implica também garantir informação clara, acessível e adaptada às necessidades individuais de cada mulher, evitando a procura de fontes de informação pouco fiáveis que possam gerar expectativas desajustadas.

A promoção de consultas com tempo adequado para o diálogo, a elaboração partilhada do plano de parto e o envolvimento ativo da mulher nas decisões clínicas constituem estratégias concretas para fortalecer a autonomia e a parceria terapêutica (Reyes-Amargant et al., 2025).

Petit-Steeghs et al. (2019) acrescentam ainda, que os profissionais devem possuir capacidade reflexiva e sensibilidade às dinâmicas intersubjetivas estabelecidas com cada mulher, de modo a apoiar particularmente aquelas com menor literacia em saúde ou maior vulnerabilidade social. O processo de cuidados deve, assim, centrar-se no empoderamento da mulher enquanto parceira ativa, autónoma e respeitada no contexto da maternidade (Petit-Steeghs et al., 2019).

Políticas, recursos e mudanças sistémicas

Por fim, a literatura reconhece que a promoção dos CRM exige mudanças estruturais ao nível das políticas de saúde e da organização dos serviços, não podendo depender exclusivamente da motivação individual dos profissionais (Galle et al., 2026; Hrešanová, 2025; Hunter et al., 2017).

Galle et al. (2026) defendem a necessidade de rever rotinas e protocolos hospitalares à luz da evidência científica e dos princípios dos CRM, bem como monitorizar a implementação de práticas alinhadas com os direitos, preferências e necessidades das mulheres.

Reyes-Amargant et al. (2025) defendem que a promoção dos CRM exige ultrapassar disputas terminológicas e implementar políticas públicas que favoreçam cuidados mais humanizados, afastando-se da patologização dos processos fisiológicos e da medicina defensiva. A integração de conteúdos relacionados com género, direitos humanos e autonomia nos currículos de formação em saúde é igualmente apontada como uma medida essencial para transformar o paradigma dominante (Reyes-Amargant et al., 2025).

Os resultados apresentados por Hrešanová (2025) evidenciam experiências frequentes de maus-tratos e práticas não consentidas durante o parto, reforçando a necessidade de integrar sistematicamente as experiências das mulheres na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

A literatura sublinha ainda que o cuidado desrespeitoso resulta frequentemente de falhas estruturais e organizacionais, sendo essencial implementar medidas que apoiem os profissionais, particularmente as *midwives*, e promovam cuidados de maternidade seguros, humanizados e respeitadores (Hrešanová, 2025).

Galle et al. (2026) identificam igualmente défices estruturais nos cuidados maternos em vários países europeus, alertando para os desafios relacionados com a escassez de profissionais qualificados e motivados nas maternidades. Neste sentido, os mesmos autores sugerem a necessidade de mais investigação sobre a relação entre a promoção de cuidados respeitosos e a retenção e satisfação profissional.

Abiola et al. (2025) acrescentam que as organizações devem rever os seus protocolos à luz dos princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, garantindo que estes não sejam subordinados exclusivamente a prioridades institucionais ou à gestão do risco.

Por fim, Hunter et al. (2017) concluem que a expansão de modelos *midwifery-led* e a garantia de dotações seguras de profissionais especializados constituem medidas políticas fundamentais

para que os CRM deixem de ser um ideal teórico e se tornem uma realidade acessível a todas as mulheres, independentemente do contexto em que dão à luz.

Os resultados analisados sugerem que a responsabilidade pela promoção dos CRM não pode ser atribuída exclusivamente aos profissionais de saúde. Embora a competência técnica e relacional seja fundamental, a existência de dotações inadequadas, culturas organizacionais desfavoráveis e políticas centradas predominantemente na gestão do risco limitam a capacidade dos profissionais para concretizar os princípios dos CRM na prática quotidiana.

Articulação com a Teoria do Cuidado Humano

À luz da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, as estratégias identificadas ao longo deste capítulo revelam uma coerência profunda com os *Clinical Caritas Processes* que orientam a prática de enfermagem humanizada (Watson, 2008).

A formação em comunicação e ética profissional articula-se com o cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros e com o desenvolvimento de relações de ajuda-confiança, fatores de cuidado que *Watson* considera indispensáveis para que o encontro terapêutico seja genuíno e transformador (Watson, 2008; Petit-Steeghs et al., 2019).

O consentimento informado como processo contínuo e a tomada de decisão partilhada correspondem ao fator de promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, reconhecendo que a mulher é uma parceira ativa e não uma destinatária passiva dos cuidados (Watson, 2008; Abiola et al., 2025).

A continuidade de cuidados e a criação de culturas organizacionais humanizadas espelham o fator de provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador e protetor, sem o qual a relação terapêutica não pode florescer (Watson, 2008; Feeley et al., 2022).

O empoderamento da mulher reflete o respeito pela sua dignidade, autonomia e singularidade, valores que atravessam toda a estrutura conceptual de *Watson* (Watson, 2008; Hunter et al., 2017).

E as mudanças sistémicas e políticas correspondem ao reconhecimento de que o cuidado transpessoal não pode ser reduzido ao espaço da consulta ou da sala de partos, exigindo condições estruturais que o tornem possível, sustentável e equitativo (Watson, 2008; Galle et al., 2026). Assim, promover os CRM implica muito mais do que competência técnico-científica. Requer presença autêntica, comunicação terapêutica, relação de ajuda-confiança, escuta ativa, respeito pela subjetividade e dignidade da mulher e criação de ambientes físicos, emocionais e organizacionais protetores.

É nesta integração entre segurança clínica, ética profissional, humanização e cultura organizacional orientada para a dignidade da mulher que reside o núcleo do que *Watson* entende por cuidado, e o que os CRM, na sua essência, procuram concretizar. Neste sentido, a Teoria do Cuidado Humano oferece um enquadramento teórico capaz de sustentar a implementação de práticas de maternidade que conciliem segurança clínica, respeito pelos direitos da mulher e humanização dos cuidados, contribuindo para experiências positivas de gravidez, parto e pós-parto.

4.4. Modelos de cuidados que sustentam os cuidados respeitosos na maternidade

A análise da literatura evidencia que os CRM não emergem de forma espontânea da prática clínica individual, mas requerem a existência de modelos de cuidados que os sustentem estruturalmente. Entre os diferentes modelos e abordagens identificados (Tabela 14),

nomeadamente, o cuidado humanizado, o modelo biopsicossocial, o *midwifery-led care* e os cuidados centrados na pessoa, é o modelo de cuidados centrados na mulher que emerge como o referencial que melhor sustenta os CRM, pela forma como integra e operacionaliza os seus princípios nucleares de forma coerente, abrangente e diretamente aplicável ao contexto da saúde materna.

Os estudos analisados convergem nesta conclusão, identificando os cuidados centrados na mulher como o modelo que mais diretamente traduz, na prática clínica quotidiana, os princípios do respeito, da autonomia, da dignidade, da comunicação eficaz, da continuidade de cuidados e da tomada de decisão partilhada que definem os CRM.

Tabela 14 - Os diferentes modelos/abordagens de cuidados e o seu contributo para os CRM. Fonte: Elaboração Própria.

Modelo/abordagem	Características principais	Contributo para os CRM	Limitações/desafios
Modelo biomédico	Foco na segurança clínica, gestão do risco, vigilância e intervenção.	Essencial na prevenção e resposta a complicações materno-fetais.	Pode tornar-se excessivamente medicalizado, protocolar e centrado na eficiência.
Modelo biopsicossocial	Integra dimensões biológicas, psicológicas, sociais e contextuais.	Valoriza a experiência subjetiva, o contexto familiar e a saúde mental.	Exige tempo, articulação interdisciplinar e individualização dos cuidados.
Cuidados centrados na pessoa	Dignidade, parceria, autonomia, comunicação e decisão partilhada.	Fornecer base conceptual ampla para cuidados respeitosos.	Pode ser difícil de operacionalizar em contextos sobrecarregados.
Cuidados centrados na mulher	Coloca a mulher, as suas preferências e a sua experiência no centro dos cuidados.	Modelo mais diretamente alinhado com autonomia, dignidade, consentimento e continuidade.	Requer mudança cultural, continuidade e recursos adequados.
Midwifery-led care /continuidade de cuidados	Acompanhamento por <i>midwife</i> /EE-ESMO, promoção da fisiologia e relação terapêutica continuada.	Favorece confiança, menor fragmentação e maior participação da mulher.	Implementação limitada por hierarquias, recursos e organização dos serviços.
Teoria do Cuidado Humano	Presença autêntica, relação de ajuda-confiança, cuidado transpessoal e ambiente sustentador.	Sustenta teoricamente a dimensão ética, relacional e humanizada dos CRM.	Exige condições institucionais que permitam cuidar para além da dimensão técnica.

Do modelo biomédico ao modelo centrado na mulher

A literatura analisada reconhece que o modelo biomédico teve um papel fundamental na evolução dos cuidados de saúde materna, contribuindo de forma significativa para a redução da mortalidade materna e neonatal e para o aumento da segurança clínica durante a gravidez, parto e PP. Centrado na vigilância clínica, na gestão do risco e na intervenção baseada na evidência científica, este modelo consolidou-se como o paradigma dominante nas maternidades ocidentais, sobretudo a partir de meados do século XX. No entanto, quando aplicado de forma excessivamente protocolar, medicalizada ou paternalista, pode revelar limitações na resposta às necessidades emocionais, relacionais e de autonomia das mulheres, constituindo um desafio à implementação dos CRM (Abiola et al., 2025).

Os limites deste modelo tornam-se particularmente visíveis quando confrontados com os princípios dos CRM. A padronização excessiva dos cuidados, as hierarquias interprofissionais

rígidas e a priorização exclusiva da gestão do risco podem dificultar a individualização da assistência e a participação ativa da mulher nas decisões relacionadas com o seu processo reprodutivo, originando experiências percebidas como desrespeitosas ou desumanizadas. Ainda assim, esta crítica não invalida o contributo do modelo biomédico para a segurança obstétrica; pelo contrário, evidencia a necessidade de o complementar com abordagens mais centradas na mulher, capazes de integrar a dimensão relacional, ética e subjetiva do cuidado (Abiola et al., 2025).

Rubashkin et al. (2021) ilustram de forma particularmente clara os efeitos de sistemas fortemente medicalizados, ao mostrarem que, no sistema público húngaro, onde as mulheres interagem frequentemente com múltiplos profissionais ao longo do processo gravídico-puerperal, se registaram níveis elevados de cuidados desrespeitosos e taxas importantes de intervenções obstétricas, incluindo cesarianas acima dos padrões internacionais recomendados. O estudo sugere que modelos assentes em continuidade de cuidadores tendem a associar-se a maior autonomia percebida e a menor probabilidade de cuidados desrespeitosos, ainda que, nalguns contextos, essa continuidade esteja ligada a pagamentos informais e a desigualdades no acesso. Este dado reforça a ideia de que a segurança clínica, por si só, não garante uma experiência respeitosa nem equitativa de maternidade (Rubashkin et al., 2021).

Palau-Costafreda et al. (2024) corroboram esta perspetiva ao mostrar que as mulheres que deram à luz numa unidade obstétrica convencional relataram frequentemente menor controlo, menor atenção individualizada e um ambiente menos acolhedor, em contraste com as experiências descritas nas unidades lideradas por *midwives*, caracterizadas por maior privacidade, apoio contínuo e respeito pela autonomia. Estes resultados sugerem que o local do parto e, sobretudo, a filosofia organizativa do cuidado influenciam de forma decisiva a qualidade da experiência materna. Hunter et al. (2017) reforçam ainda que, em contextos onde o modelo consultor-liderado é dominante, como na Irlanda, a medicalização tende a ser interiorizada como sinónimo de segurança, o que limita o reconhecimento de alternativas e contribui para a naturalização de relações de poder assimétricas entre profissionais e mulheres.

O modelo biopsicossocial surge como uma evolução conceptual do paradigma biomédico, ao reconhecer que a experiência da gravidez e do parto é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Esta perspetiva permite compreender a maternidade para além dos desfechos clínicos, valorizando a experiência subjetiva da mulher, a sua saúde mental e o contexto familiar.

A mudança de paradigma em obstetrícia é, por isso, particularmente exigente, uma vez que implica questionar práticas normalizadas ao longo de décadas de formação e exercício profissional. Nesse sentido, o modelo de cuidados centrado na mulher surge como uma resposta mais ajustada às exigências contemporâneas da maternidade, ao reconhecer a mulher como participante ativa, com direitos, preferências e necessidades próprias. A transição para este modelo não significa rejeitar o contributo do conhecimento biomédico, mas sim integrá-lo numa abordagem mais ampla, onde a dimensão técnica da assistência é complementada pela comunicação, pela partilha de decisão, pelo respeito e pela valorização da experiência subjetiva da mulher.

Cuidados centrados na pessoa e cuidados centrados na mulher

O modelo de cuidados centrados na pessoa constitui o referencial conceptual mais amplo a partir do qual se desenvolvem os cuidados centrados na mulher no contexto da saúde materna e obstétrica. Este modelo assenta numa visão holística do cuidado, valorizando a parceria entre profissionais de saúde, utentes e famílias, bem como o respeito pela dignidade, pela autonomia, pela comunicação e pela participação ativa da pessoa nas decisões que dizem respeito à sua saúde (Fredriksson et al., 2024). No entanto, esta abordagem não significa satisfazer todas as preferências individuais de forma irrestrita, antes pressupõe a integração da tomada de decisão

partilhada com o julgamento clínico, os princípios éticos e as limitações dos sistemas de saúde. Nesse sentido, o cuidado centrado na pessoa envolve sempre uma articulação entre os valores da utente, a evidência científica e a responsabilidade profissional (Fredriksson et al., 2024).

Quando este referencial é transposto para a saúde materna, ganha expressão o modelo de cuidados centrados na mulher, que pode ser entendido como uma aplicação específica do cuidado centrado na pessoa ao contexto da gravidez, parto e PP. Este modelo reconhece a singularidade da experiência reprodutiva e coloca a mulher no centro do processo de cuidados, valorizando a sua autonomia, os seus valores, as suas preferências e o seu direito a participar ativamente nas decisões clínicas que a envolvem (OE, 2021). Assim, mais do que uma adaptação terminológica, trata-se de uma concretização prática dos princípios do cuidado centrado na pessoa num domínio em que a vulnerabilidade, a intimidade e a experiência subjetiva assumem particular relevância.

Hunter et al. (2017) reforçam esta leitura ao identificarem a partilha de informação, o empoderamento, a tomada de decisão partilhada e a promoção da autonomia da mulher e do seu parceiro como atributos e antecedentes fundamentais dos cuidados centrados na mulher. De forma complementar, Palau-Costafreda et al. (2024) demonstram que uma abordagem biopsicossocial, centrada na mulher, informada pela escolha e sustentada por apoio holístico, se associa a experiências de parto mais positivas, sendo mais plenamente concretizada em modelos como a *midwifery-led unit* (MLU) do que em contextos obstétricos convencionais. Esta evidência sugere que o cuidado centrado na mulher não se limita a um conjunto de atitudes individuais, mas depende também do modelo organizacional e da filosofia assistencial que enquadram a prática.

Reyes-Amargant et al. (2025) aprofundam esta perspetiva ao mostrarem que, quando as mulheres recebem informação clara, precisa e abrangente, aliada a uma comunicação eficaz e a uma relação terapêutica consistente, sentem-se mais preparadas para decidir, mais seguras e mais respeitadas ao longo de todo o processo. Desta forma, a articulação entre informação, comunicação e decisão constitui o núcleo operacional do modelo de cuidados centrados na mulher. É precisamente quando esta articulação falha, ou quando a mulher é excluída dos processos de decisão, que surgem muitas das experiências de desrespeito descritas na literatura (Reyes-Amargant et al., 2025).

Princípios estruturantes dos cuidados centrados na mulher

O modelo de cuidados centrados na mulher assenta num conjunto de princípios estruturantes que operacionalizam, na prática clínica, os pressupostos dos CRM. Entre estes princípios destacam-se a dignidade, a autonomia, a comunicação, a continuidade de cuidados, a decisão partilhada, a valorização da fisiologia do processo reprodutivo e a criação de um ambiente seguro, físico e emocional, para a mulher (Tabela 15). Estes princípios não funcionam de forma isolada, complementam-se entre si e sustentam uma prática clínica mais humanizada, individualizada e centrada na experiência da mulher (Palau-Costafreda et al., 2024).

Tabela 15 - Princípios estruturantes dos cuidados centrados na mulher e a sua operacionalização no contexto obstétrico.
Fonte: Elaboração Própria.

Princípio	Significado no contexto dos cuidados centrados na mulher
Dignidade	Reconhecimento da mulher como pessoa singular, com valores, necessidades e expectativas próprias.
Autonomia	Direito da mulher a participar ativamente nas decisões sobre os seus cuidados e a ver respeitadas as suas preferências.
Comunicação	Troca clara, empática e respeitosa de informação entre profissionais e mulher.
Continuidade de cuidados	Acompanhamento consistente ao longo da gravidez, parto e PP, favorecendo confiança e relação terapêutica.
Decisão partilhada	Processo colaborativo em que a mulher e os profissionais discutem opções, riscos e benefícios antes de decidir.
Fisiologia	Respeito pelo carácter fisiológico da gravidez e do parto, com redução de intervenções desnecessárias.
Ambiente seguro	Contexto físico e relacional que assegura privacidade, conforto, confiança e ausência de intimidação.

O respeito pela dignidade, privacidade e individualidade da mulher constitui o fundamento ético deste modelo e um dos elementos mais valorizados pelas mulheres na sua experiência de maternidade (Dhakal et al., 2022; Palau-Costafreda et al., 2024). Hunter et al. (2017) evidenciam que as mulheres valorizam sentir-se reconhecidas enquanto pessoas singulares, com necessidades, receios e expectativas próprias, e não apenas como destinatárias passivas de intervenções clínicas. Neste sentido, o respeito não se limita à ausência de comportamentos abusivos, implicando igualmente uma postura ativa de escuta, validação e adaptação dos cuidados às necessidades específicas de cada mulher (Hunter et al., 2017).

Contudo, a literatura demonstra que as situações de desrespeito podem manifestar-se de formas subtis e frequentemente normalizadas no contexto assistencial. Reyes-Amargant et al. (2025) identificam exemplos como comentários depreciativos, desvalorização das queixas da mulher, ausência de privacidade ou ignorar a expressão da dor, evidenciando que a violação da dignidade não exige necessariamente violência física explícita. Estas práticas comprometem a perceção de controlo, segurança e respeito por parte da mulher, afetando negativamente a experiência do parto (Reyes-Amargant et al., 2025).

A autonomia da mulher e a tomada de decisão partilhada constituem igualmente pilares centrais do modelo centrado na mulher. Este modelo pressupõe que a mulher tenha acesso a informação clara, compreensível e baseada na evidência, permitindo-lhe participar ativamente nas decisões relacionadas com os seus cuidados (Palau-Costafreda et al., 2024). Abiola et al. (2025) e Rubashkin et al. (2021) demonstram, contudo, que a operacionalização deste princípio enfrenta obstáculos significativos, nomeadamente a pressão institucional, a escassez de tempo, a hierarquia interprofissional e a predominância de um paradigma biomédico centrado na segurança fetal. Neste contexto, o consentimento informado tende, por vezes, a assumir um carácter meramente formal ou procedimental, afastando-se da sua dimensão ética e relacional (Rubashkin et al., 2021).

A comunicação eficaz constitui outro princípio essencial dos cuidados centrados na mulher e um elemento transversal à promoção dos CRM. Para além da transmissão de informação, a comunicação assume um papel determinante na construção da relação terapêutica, no desenvolvimento da confiança e na perceção de segurança por parte da mulher (Palau-Costafreda et al., 2024). Reyes-Amargant et al. (2025) evidenciam que os profissionais reconhecem unanimemente a importância da comunicação empática e respeitosa, embora identifiquem múltiplas barreiras à sua concretização, incluindo limitações de tempo, ausência de continuidade do profissional e insuficiência de competências comunicacionais.

Abiola et al. (2025) acrescentam que uma comunicação verdadeiramente centrada na mulher implica confiança, reciprocidade e sinceridade. A mulher deve sentir-se segura para expressar dúvidas, receios e preferências, enquanto os profissionais devem adotar uma postura transparente e colaborativa, valorizando a experiência subjetiva da mulher tanto quanto o conhecimento técnico-científico. Quando esta relação de parceria não se estabelece, a comunicação pode transformar-se num instrumento de coerção subtil, comprometendo o exercício genuíno da autonomia (Abiola et al., 2025).

A continuidade de cuidados constitui igualmente um princípio estruturante do modelo centrado na mulher e um dos fatores mais consistentemente associados a experiências positivas de maternidade (Palau-Costafreda et al., 2024). A permanência da mesma equipa favorece o desenvolvimento de relações terapêuticas de confiança, promove a individualização dos cuidados e contribui para maior segurança percebida pela mulher (Rubashkin et al., 2021; Hunter et al., 2017). A continuidade não deve ser entendida apenas como continuidade técnica, mas também como continuidade relacional, essencial para que a mulher se sinta acompanhada ao longo de todo o percurso gravídico-puerperal (Feeley et al., 2022).

Outro elemento transversal deste modelo é a valorização da fisiologia da gravidez e do parto, procurando reduzir intervenções obstétricas desnecessárias e proteger a normalidade do processo reprodutivo (Dhakai et al., 2022; Palau-Costafreda et al., 2024). Hunter et al. (2017) identificam a “proteção da normalidade” como um dos elementos centrais dos cuidados centrados na mulher, defendendo que o reconhecimento do parto como processo fisiológico constitui uma condição essencial para a prestação de cuidados respeitosos. Neste sentido, o modelo centrado na mulher não implica a rejeição da intervenção médica quando clinicamente necessária, mas pressupõe que qualquer intervenção seja realizada com base na evidência científica, mediante consentimento informado e respeitando sempre a autonomia e as preferências da mulher (Hunter et al., 2017).

Assim, os cuidados centrados na mulher constituem o modelo que mais diretamente operacionaliza os princípios dos CRM, ao integrar autonomia, comunicação, individualização, continuidade relacional e respeito pela dignidade humana numa lógica de parceria terapêutica. A sua implementação implica não apenas mudanças ao nível das práticas clínicas individuais, mas também transformações organizacionais e culturais que permitam criar contextos verdadeiramente humanizados e promotores de experiências positivas de maternidade.

***Midwifery-led care* e continuidade de cuidados**

Por outro lado, e em contraste com o modelo obstétrico mais medicalizado, o *midwifery-led care* constitui a expressão organizacional que mais diretamente operacionaliza os princípios dos cuidados centrados na mulher. Este modelo baseia-se numa abordagem centrada na fisiologia da gravidez e do parto, valorizando a continuidade de cuidados, o suporte emocional, a comunicação terapêutica e a autonomia da mulher ao longo de todo o processo gravídico-puerperal. As *midwives* são frequentemente descritas como profissionais disponíveis, empáticas e prestadoras de apoio contínuo durante o TP, promovendo relações terapêuticas mais próximas e individualizadas. Este modelo privilegia a redução de intervenções desnecessárias, a promoção da amamentação e o envolvimento ativo da mulher na tomada de decisão, contribuindo para experiências de parto mais positivas, humanizadas e satisfatórias (Hadjigeorgiou et al., 2023).

Palau-Costafreda et al. (2024) oferecem evidência qualitativa particularmente relevante sobre o impacto do *midwifery-led care* na experiência das mulheres. O estudo, realizado no contexto da primeira MLU implementada no Sistema Nacional de Saúde espanhol, demonstra que as mulheres que deram à luz nesta unidade descrevem experiências marcadas por uma maior sensação de controlo, apoio individualizado e contínuo, privacidade e presença empática das *midwives*. As participantes relataram sentir-se protagonistas do seu próprio parto, uma dimensão que ultrapassa os desfechos clínicos e se associa diretamente à promoção dos CRM (Palau-Costafreda et al., 2024). Rubashkin et al. (2021) complementam esta perspetiva com evidência quantitativa,

demonstrando que as mulheres acompanhadas por uma *midwife* de escolha apresentavam maiores níveis de autonomia percebida e menor frequência de cuidados desrespeitosos, reforçando a importância da continuidade relacional para a concretização dos CRM.

Internacionalmente, nas últimas décadas, diversos organismos e decisores políticos têm recomendado a implementação de modelos de cuidados centrados na mulher, reconhecendo os modelos liderados por *midwives* como uma estratégia privilegiada para promover a escolha informada, a autonomia e a participação ativa das mulheres. A evidência disponível demonstra que estes modelos apresentam níveis de segurança equivalentes aos modelos obstétricos convencionais, associando-se simultaneamente a experiências mais positivas durante a gravidez, TP, parto e PP (Hunter et al., 2017). Na Noruega, por exemplo, os modelos de continuidade de cuidados liderados por *midwives* têm demonstrado aumentar a probabilidade de parto vaginal espontâneo e contribuir para a manutenção de baixas taxas de cesariana (Eide et al., 2020).

No contexto português, esta discussão deve ser articulada com o papel do EE-ESMO. Embora o conceito internacional de *midwife* não corresponda integralmente à realidade profissional portuguesa, o EE-ESMO desempenha funções alinhadas com os princípios do *midwifery-led care* e dos CRM, integrando a vigilância clínica da gravidez, TP e PP, a promoção da fisiologia do parto, o apoio à tomada de decisão informada, a comunicação terapêutica e a defesa da autonomia da mulher (OE, 2021). Neste sentido, o EE-ESMO assume uma posição estratégica na concretização dos CRM, funcionando frequentemente como elemento facilitador da parceria terapêutica e mediador entre as preferências da mulher, a segurança clínica e as exigências organizacionais dos serviços de saúde (OE, 2021, 2025).

Feeley et al. (2022) aprofundam esta perspetiva, evidenciando que as *midwives* que trabalham em modelos de continuidade de cuidados relatam experiências profissionais qualitativamente distintas das observadas em modelos fragmentados, caracterizadas por relações terapêuticas mais profundas, maior satisfação profissional e maior capacidade para respeitar e defender a autonomia das mulheres. Contudo, tanto Hunter et al. (2017) como Feeley et al. (2022) reconhecem que a implementação generalizada do *midwifery-led care* enfrenta obstáculos significativos, relacionados com as estruturas de poder existentes, a cultura de culpa, a medicalização do parto e a ausência de uma filosofia interprofissional partilhada. Palau-Costafreda et al. (2024) acrescentam que o acesso desigual à informação sobre as MLU constitui uma barreira importante ao exercício da escolha informada pelas mulheres.

Importa, contudo, salientar que os CRM não devem ser encarados como exclusivos das unidades lideradas por *midwives*. Hunter et al. (2017) sublinham que os princípios dos CRM podem e devem ser promovidos também em maternidades convencionais. De igual modo, Palau-Costafreda et al. (2024) demonstram que elementos centrais do modelo biopsicossocial — como a individualização dos cuidados, o respeito pela privacidade e dignidade e a criação de um ambiente emocionalmente seguro — podem ser integrados em contextos obstétricos convencionais. Rubashkin et al. (2021) acrescentam que, sem mudanças estruturais que garantam continuidade de cuidados e reduzam desigualdades no acesso a modelos mais humanizados, muitas mulheres continuarão a procurar alternativas privadas ou informais para obter cuidados mais respeitosos.

Assim, mais do que um modelo organizacional específico, o *midwifery-led care* constitui a expressão prática mais próxima dos cuidados centrados na mulher, oferecendo um referencial relevante para a organização dos cuidados de saúde materna. No contexto português, os princípios deste modelo encontram correspondência na atuação do EE-ESMO, cuja intervenção assume um papel fundamental na promoção de cuidados respeitosos, seguros, humanizados e centrados nas necessidades, valores e preferências de cada mulher.

Cultura organizacional como condição de implementação

A literatura evidencia que nenhum modelo de cuidados consegue sustentar os cuidados centrados na mulher de forma efetiva se a cultura organizacional em que se insere for contrária aos seus princípios. Feeley et al. (2022) demonstram de forma particularmente clara que a capacidade das *midwives* para prestar cuidados centrados na mulher é profundamente influenciada pelo contexto sociocultural e institucional em que trabalham. Quando a cultura organizacional é punitiva, excessivamente hierarquizada, fragmentada e centrada na gestão do risco, mesmo os profissionais mais comprometidos com os valores dos CRM encontram dificuldades significativas em concretizá-los, descrevendo frequentemente contextos de "batalha" diária, isolamento profissional e sofrimento ético (Feeley et al., 2022).

Em contrapartida, quando as organizações promovem culturas de suporte, colaboração, aprendizagem e respeito pela autonomia, tanto das mulheres como dos próprios profissionais, os princípios do modelo centrado na mulher tendem a tornar-se prática corrente e não apenas uma aspiração teórica (Feeley et al., 2022). Neste sentido, a implementação dos CRM depende não apenas das competências individuais dos profissionais, mas também da existência de contextos organizacionais que favoreçam a comunicação, a continuidade de cuidados, a tomada de decisão partilhada e o trabalho interdisciplinar.

Rubashkin et al. (2021) acrescentam uma dimensão particularmente relevante relacionada com a equidade, demonstrando que, quando os sistemas públicos não garantem continuidade de cuidados e modelos de assistência centrados na mulher, as mulheres com maior capacidade financeira recorrem mais facilmente a alternativas privadas ou informais para obter cuidados mais respeitosos, enquanto as restantes permanecem mais expostas a experiências de desrespeito, intervenções não consentidas e menor autonomia percebida.

Abiola et al. (2025) reforçam que a cultura organizacional influencia diretamente a forma como o consentimento informado é praticado. Em organizações onde a eficiência, a produtividade e o cumprimento de protocolos assumem prioridade, o consentimento tende a reduzir-se a uma formalidade procedimental. Pelo contrário, em contextos que valorizam a autonomia da mulher e a parceria terapêutica, o consentimento transforma-se num processo contínuo de comunicação, reflexão e tomada de decisão partilhada, alinhado com os princípios éticos dos cuidados centrados na pessoa (Abiola et al., 2025; Fredriksson et al., 2024).

Hunter et al. (2017) acrescentam que esta transformação cultural exige igualmente uma mudança nas relações interprofissionais e a construção de uma filosofia de cuidados partilhada entre obstetras, EE-ESMO e restantes profissionais envolvidos na assistência materna. Apenas através de equipas colaborativas, com objetivos comuns e relações menos hierarquizadas, é possível garantir cuidados verdadeiramente coordenados, individualizados e centrados na mulher. Assim, a cultura organizacional emerge como uma condição indispensável para a implementação dos CRM, influenciando diretamente a forma como os seus princípios são operacionalizados na prática clínica quotidiana.

Articulação com a Teoria do Cuidado Humano

À luz da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, os cuidados centrados na mulher constituem o modelo que melhor traduz os princípios dos CRM. A valorização da relação terapêutica, da presença autêntica, da comunicação, da autonomia e da dignidade da pessoa encontra-se alinhada com a conceção de cuidado proposta por *Watson*, que reconhece o cuidado como um processo humano, relacional e transpessoal que ultrapassa a dimensão estritamente técnica da assistência (Watson, 2008).

A análise da literatura permitiu identificar os cuidados centrados na mulher como o modelo que mais diretamente operacionaliza os princípios dos CRM, ao integrar respeito pela dignidade humana, comunicação eficaz, consentimento informado, tomada de decisão partilhada,

continuidade de cuidados e valorização da fisiologia da gravidez e do parto. Estes elementos surgem de forma consistente associados a experiências mais positivas de maternidade, maior autonomia percebida e maior satisfação das mulheres com os cuidados recebidos (Hunter et al., 2017; Rubashkin et al., 2021; Palau-Costafreda et al., 2024).

A sua expressão organizacional encontra-se particularmente evidente nos modelos de continuidade de cuidados e no *midwifery-led care*, que criam condições favoráveis ao desenvolvimento de relações terapêuticas de confiança, ao envolvimento ativo da mulher nas decisões e à prestação de cuidados individualizados e humanizados (Feeley et al., 2022; Hunter et al., 2017). Contudo, a literatura demonstra igualmente que nenhum modelo consegue concretizar plenamente os princípios dos CRM sem o suporte de culturas organizacionais colaborativas, dotações seguras de profissionais e políticas de saúde que promovam a continuidade de cuidados e o respeito pelos direitos das mulheres (Abiola et al., 2025; Feeley et al., 2022).

Em síntese, a análise da literatura sugere que os cuidados centrados na mulher constituem o modelo mais diretamente alinhado com os princípios dos CRM, por integrarem dignidade, autonomia, comunicação, consentimento informado, continuidade relacional e valorização da fisiologia do parto. A sua concretização organizacional encontra particular expressão nos modelos de continuidade de cuidados e no *midwifery-led care*, desde que articulados com critérios de segurança clínica, referenciação adequada e trabalho interdisciplinar. À luz da Teoria do Cuidado Humano, estes modelos sustentam uma prática que ultrapassa a dimensão técnico-instrumental e reconhece a mulher como sujeito ativo, singular e digno. No contexto português, o EE-ESMO assume um papel estratégico na operacionalização deste modelo, contribuindo para cuidados seguros, humanizados, eticamente sustentados e centrados na mulher.

4.5. Framework conceptual integrador dos cuidados respeitosos na maternidade

A análise da literatura permitiu construir um *framework* conceptual integrador dos CRM, com o objetivo de sintetizar os principais elementos identificados ao longo da revisão narrativa (Figura 3). Este modelo articula as perspetivas das mulheres e dos profissionais de saúde, os determinantes individuais, relacionais, organizacionais e sistémicos, o modelo de cuidados centrados na mulher, as estratégias de promoção dos CRM e o referencial teórico da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

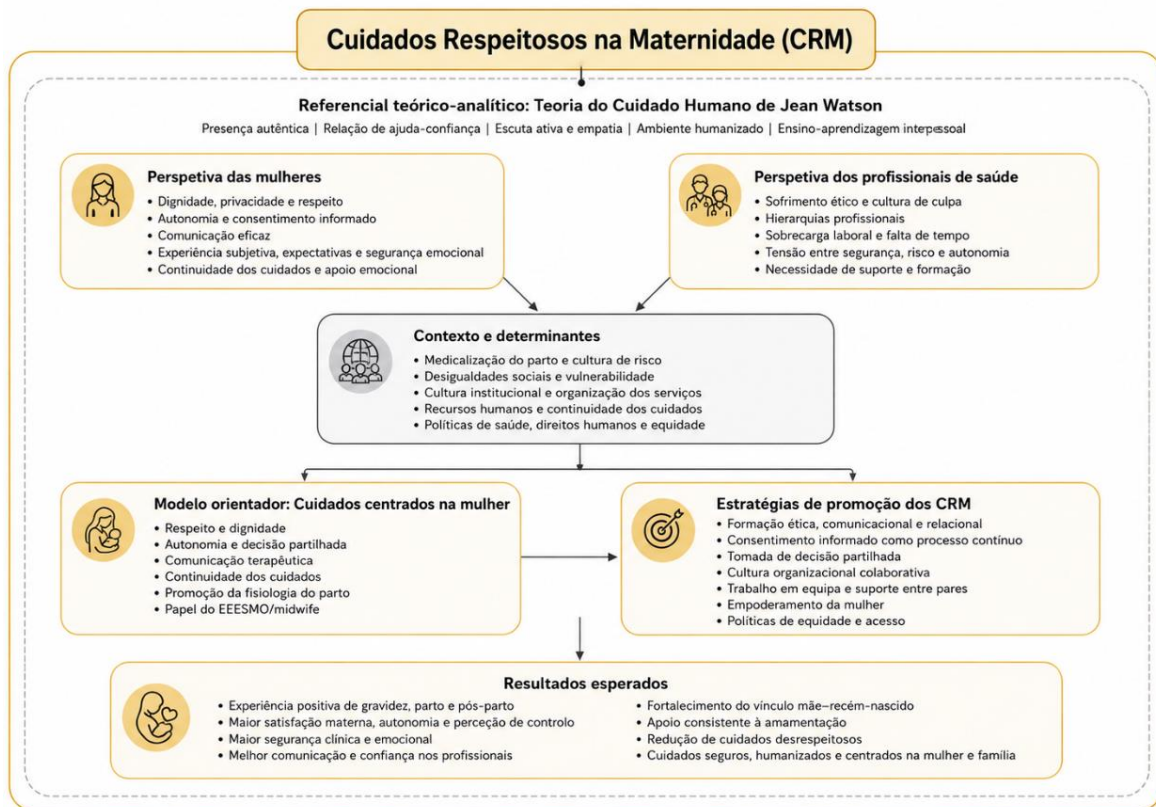


Figura 3 - Framework conceptual integrador com base nos CRM. Fonte: Elaboração Própria com base na revisão narrativa da literatura.

Neste *framework*, a Teoria do Cuidado Humano assume-se como referencial teórico-analítico transversal, sustentando a interpretação dos CRM através da valorização da presença autêntica, da relação de ajuda-confiança, da escuta ativa, da empatia, do ambiente humanizado e do reconhecimento da mulher como pessoa singular e digna. Sob este enquadramento, o modelo de cuidados centrados na mulher surge como modelo orientador da prática, operacionalizando os princípios da dignidade, autonomia, comunicação terapêutica, continuidade dos cuidados, tomada de decisão partilhada e promoção da fisiologia do parto.

As estratégias de promoção dos CRM decorrem da articulação entre este referencial teórico, o modelo centrado na mulher e os determinantes identificados na literatura, procurando responder simultaneamente às necessidades das mulheres, aos desafios dos profissionais e às condições organizacionais dos serviços. Assim, o *framework* permite compreender os CRM como um fenómeno multidimensional, cuja concretização depende da integração entre segurança clínica, relação terapêutica, cultura organizacional, direitos humanos e políticas de saúde orientadas para a equidade e humanização dos cuidados.

5. Considerações Finais

O presente trabalho permitiu aprofundar a compreensão dos CRM enquanto dimensão fundamental da qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica. A análise da literatura evidenciou que a experiência de parto é influenciada por múltiplos fatores de natureza individual, relacional, organizacional e sistêmica, sendo os CRM fundamentais para garantir cuidados seguros, dignos, humanizados e centrados nas necessidades da mulher e da família (Santos & Neves, 2021).

Considera-se, assim, que os objetivos definidos para este trabalho foram alcançados, uma vez que foi possível compreender as perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde relativamente aos CRM e identificar os modelos de cuidados que melhor sustentam a sua implementação.

Relativamente à perspectiva das mulheres, os estudos analisados demonstram que a experiência positiva de parto está fortemente associada à forma como são tratadas ao longo do processo gravídico-puerperal (Nielsen & Overgaard, 2020). As mulheres valorizam particularmente a dignidade, o respeito, a comunicação clara, o consentimento informado, a participação na tomada de decisão, a continuidade dos cuidados, o apoio emocional e a criação de um ambiente seguro e acolhedor (Hrešanová, 2025; WHO, 2018). Mais do que os desfechos clínicos, a qualidade das interações estabelecidas com os profissionais influencia profundamente a forma como o parto é vivido e recordado (OE, 2021).

Os estudos analisados mostram também que a satisfação com os cuidados perinatais depende fortemente da qualidade da informação fornecida (Abiola et al., 2025; Fredriksson et al., 2024), especialmente no que se refere ao processo de parto e à amamentação, bem como da comunicação respeitosa (Reyes-Amargant et al., 2025) e da possibilidade de participação ativa da mulher nas decisões relacionadas com os seus cuidados (OE, 2021; Fredriksson et al., 2024). A experiência de parto resulta, assim, de um conjunto complexo de fatores que incluem o ambiente, o apoio recebido, a comunicação estabelecida e as expectativas da mulher. Neste sentido, torna-se importante que futuras investigações considerem igualmente aspetos como os traços de personalidade, as atitudes face ao parto e a história obstétrica, de modo a compreender melhor os fatores que influenciam a experiência de nascimento (Baranowska et al., 2020).

Por sua vez, a perspectiva dos profissionais evidencia que a promoção dos CRM depende de uma interação complexa entre competências individuais e condições organizacionais (Abiola et al., 2025; Reyes-Amargant et al., 2025). Embora reconheçam a importância da autonomia, da comunicação e da tomada de decisão partilhada, os profissionais identificam barreiras significativas relacionadas com a escassez de recursos, a fragmentação dos cuidados, a falta de tempo, as hierarquias institucionais e a predominância de uma cultura centrada na gestão do risco e na segurança materno-fetal (Abiola et al., 2025; Reyes-Amargant et al., 2025). A literatura demonstra que a concretização dos CRM exige não apenas mudanças nas práticas individuais, mas também transformações estruturais e culturais que permitam integrar de forma efetiva os direitos, as preferências e as necessidades das mulheres nos processos assistenciais (Silva-Fernández et al., 2025).

A revisão realizada permitiu igualmente identificar que o modelo de cuidados centrados na mulher constitui aquele que melhor sustenta os princípios dos CRM. A sua concretização encontra expressão particular nos modelos de continuidade de cuidados e no *midwifery-led care*, os quais favorecem relações terapêuticas mais consistentes, maior participação da mulher nas decisões, menor intervencionismo e experiências de maternidade mais positivas. Contudo, a evidência demonstra que nenhum modelo consegue promover plenamente os CRM quando inserido em contextos organizacionais marcados por culturas punitivas, fragmentadas ou excessivamente hierarquizadas. Neste sentido, estratégias como a formação em comunicação e ética, a promoção da decisão partilhada, o reforço do trabalho em equipa, a continuidade dos cuidados e a

transformação das culturas organizacionais revelam-se fundamentais para a implementação de práticas verdadeiramente respeitosas (Silva-Fernández et al., 2025).

No contexto português, o EE-ESMO assume um papel particularmente relevante na promoção dos CRM (OE, 2021). Através da comunicação terapêutica, da educação para a saúde, da promoção da fisiologia do parto, da defesa da autonomia da mulher e da articulação interdisciplinar, o EE-ESMO encontra-se numa posição privilegiada para contribuir para cuidados mais seguros, humanizados e centrados na mulher (OE, 2021). A sua intervenção constitui um elemento fundamental na concretização dos princípios dos CRM ao longo de todo o *continuum* gravídico-puerperal.

Relativamente às limitações deste trabalho, importa referir que, por se tratar de uma revisão narrativa da literatura, não foi seguida uma metodologia sistemática exaustiva, o que pode ter condicionado a amplitude da pesquisa e a comparabilidade dos estudos incluídos. Acresce a reduzida disponibilidade de estudos realizados no contexto europeu e a escassez de investigação centrada na perspetiva dos profissionais de saúde, particularmente dos EE-ESMO, fatores que limitam a generalização dos resultados para a realidade portuguesa.

Em termos de recomendações futuras, considera-se importante o desenvolvimento de estudos qualitativos, quantitativos e mistos que explorem de forma mais aprofundada a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente aos CRM, bem como a avaliação de intervenções destinadas a promover a continuidade de cuidados, a comunicação clínica, a tomada de decisão partilhada e a humanização dos contextos de maternidade (Westergård et al., 2025). Será igualmente relevante aumentar a produção científica europeia nesta área, contribuindo para uma melhor compreensão dos desafios específicos dos sistemas de saúde deste contexto (Galle et al., 2026).

Como contributo adicional, esta revisão permitiu a construção de um *framework* conceptual integrador dos CRM (Figura 3), que articula os determinantes individuais, relacionais, organizacionais e sistémicos da experiência de maternidade, as perspetivas das mulheres e dos profissionais, os modelos de cuidados centrados na mulher, a Teoria do Cuidado Humano e as estratégias promotoras de cuidados respeitosos. Este *framework* constitui uma síntese interpretativa da literatura analisada e poderá apoiar futuras reflexões sobre a prática clínica, a formação profissional e a investigação nesta área.

Em síntese, conclui-se que os CRM devem ser entendidos como um elemento essencial da qualidade assistencial e não como um complemento opcional da prática clínica. A sua concretização exige mudanças ao nível da formação, da organização dos serviços, das culturas institucionais e das políticas de saúde, de forma a garantir que todas as mulheres, independentemente da sua origem, contexto social ou modelo de cuidados disponível, recebam cuidados seguros, humanizados e verdadeiramente respeitosos ao longo de todo o *continuum* gravídico-puerperal.

Referências Bibliográficas

- Abiola, L., Legendre, G., Koechlin, A., & Coutellec, L. (2025). Barriers to informed consent in obstetric care during childbirth from practitioner's perspective: A qualitative study. *BMJ Open*, 15(6), e101591. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-101591>
- Adinew, Y. M., Kelly, J., Smith, M., & Marshall, A. (2023). Women's perspectives on disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 444. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05762-8>
- Adinew, Y. M., Kelly, J., Marshall, A., & Smith, M. (2021). Care providers' perspectives on disrespect and abuse of women during facility-based childbirth in Ethiopia: A qualitative study. *International Journal of Women's Health*, 13, 1181–1195. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S333863>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2023). *Carta dos cuidados respeitosos de saúde materna*.
- Baranowska, B., Kajdy, A., Pawlicka, P., Pokropek, E., Rabijewski, M., Sys, D., & Pokropek, A. (2020). What are the critical elements of satisfaction and experience in labor and childbirth—A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249295>
- Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: An online survey. In *Reproductive Health*, 15(1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A.-M., ... Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750–1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Cantor, A. G., Jungbauer, R. M., Skelly, A. C., Hart, E. L., Jorda, K., Davis-O'Reilly, C., Caughey, A. B., & Tilden, E. L. (2024). Respectful maternity care. *Annals of Internal Medicine*, 177(1), 50–64. <https://doi.org/10.7326/M23-2676>
- Cavalcante, L. T. C., & Oliveira, A. A. S. (2020). Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicologia em Revista*, 26(1), 83–102. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Davis, D. L., Creedy, D. K., Bradfield, Z., Newnham, E., Atchan, M., Davie, L., McAra-Couper, J., Graham, K., Griffiths, C., Sweet, L., & Stulz, V. (2021). Development of the Woman-Centred Care Scale- Midwife Self Report (WCCS-MSR). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 523. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03987-z>
- Dhakal, P., Creedy, D. K., Gamble, J., Newnham, E., & McInnes, R. (2022). Educational interventions to promote respectful maternity care: A mixed-methods systematic review. *Nurse Education in Practice*, 60, 103317. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103317>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>

- Eide, K. T., Morken, N. H., & Børøe, K. (2020). Tensions and interplay: A qualitative study of access to patient-centered birth counseling of maternal cesarean requests in Norway. *Midwifery*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102764>
- Feeley, C., Downe, S., & Thomson, G. (2022). 'Stories of distress versus fulfilment': A narrative inquiry of midwives' experiences supporting alternative birth choices in the UK National Health Service. *Women and Birth*, 35(5), e446–e455. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.11.003>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230–235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(May). <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Fredriksson, M., Holmström, I. K., Höglund, A. T., Fleron, E., & Mattebo, M. (2024). Caesarean section on maternal request: a qualitative study of conflicts related to shared decision-making and person-centred care in Sweden. *Reproductive Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01831-z>
- Galle, A., Berghman, H., Mariani, I., Verdecchia, M., Bomben, A., Vik, E. S., Drandic, D., Pumpure, E., Costa, R., Elden, H., Miani, C., Baranowska, B., Sarantaki, A., Drglin, Z., Radetic, J., Liepinaitienė, A., Rozée, V., Abderhalden-Zellweger, A., Cerimagic, A., ... Lazzerini, M. (2026). Experiences of disrespect and abuse during childbirth in the World Health Organization European region: A mixed-method study among 22 countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 172(3), 1576–1590. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70516>
- Hadjigeorgiou, E., Andreaki, M., Koliandri, I., Spyridou, A., Balaam, M. C., & Christoforou, A. (2023). Exploring mothers' experiences of perinatal care in Cyprus: Babies Born Better survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05800-5>
- Haghdoost, S., Iravani, M., Rahmani, A. H., & Montazeri, S. (2024). Midwives' experience of respectful maternity care (RMC) globally: A meta-synthesis. *Nursing Ethics*, 31(5), 951–979. <https://doi.org/10.1177/09697330231218346>
- Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, N., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 169(3), 1012–1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Hannon, K., Nilsen, A. B. V., Murphy, M., Eri, T. S., Leahy-Warren, P., Corcoran, P., Downe, S., & Daly, D. (2023). What women identify as positive aspects and areas for improvement of maternity care and services in Ireland: An online survey. *Women and Birth*, 36(4), 341–348. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.009>
- Hrešanová, E. (2025). Women who desire 'natural childbirth' in hospitals in a highly medicalized birth care system. *Health Care for Women International*, 46(11), 1257–1277. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2397457>
- Hunter, A., Devane, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A., & Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: Thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1521-3>
- Ishola, F., Owolabi, O., & Filippi, V. (2017). Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *Plos One*, 12(3), e0174084. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174084>

- Jolivet, R. R., Gausman, J., Kapoor, N., Langer, A., Sharma, J., & Semrau, K. E. A. (2021). Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: a systematic scoping review. *Reproductive Health*, 18(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01241-5>
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12–16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- Leijerzapf, D. R., van der Pijl, M. S. G., Hollander, M. H., Kingma, E., de Jonge, A., & Verhoeven, C. J. M. (2024). Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06360-y>
- Louzeiro, M. (2020). *Os modelos de cuidados, em obstetrícia, liderados por enfermeiros em alternativa aos modelos convencionais* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/35311>
- Lunda, P., Minnie, C. S., & Lubbe, W. (2024). Factors influencing respectful perinatal care among healthcare professionals in low-and middle-resource countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06625-6>
- Mangindin, E. L., Stoll, K., Cadée, F., Gottfreðsdóttir, H., & Swift, E. M. (2023). Respectful maternity care and women's autonomy in decision making in Iceland: Application of scale instruments in a cross-sectional survey. *Midwifery*, 123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103687>
- Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem avançada*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). *Fundamentals of person-centred healthcare practice*. Wiley-Blackwell.
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., Alemany-Anchel, M. J., Valero-Chillerón, M. J., Peris-Ferrando, E., Mahiques-Llopis, J., & González-Chordá, V. M. (2022). Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 110, 105266. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266>
- Meyer, S., Cignacco, E., Monteverde, S., Trachsel, M., Raio, L., & Oelhafen, S. (2021). "We felt like part of a production system": a qualitative study on women's experience of mistreatment during childbirth in Switzerland [Preprint]. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.06.07.21258295>
- Nielsen, J. H., & Overgaard, C. (2020). Healing architecture and Snoezelen in delivery room design: a qualitative study of women's birth experiences and patient-centeredness of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02983-z>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2020). *United Nations human rights report 2019*. <https://www.ohchr.org/en/publications/annual-report/ohchr-report-2019>
- Ofori-Parku, C. Y., Harris, O. O., Baltzell, K., Little, E., & Asiodu, I. V. (2025). An exploration of perinatal healthcare providers' perspectives on respectful maternity care in the United States: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 1165. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08247-y>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). Cuidados respeitosos em contexto de enfermagem em saúde materna e obstétrica. *Pronúncia Da Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica*, N.º 04/2024.

- Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Centro de parto normal: Modelo de continuidade de cuidados — gravidez, parto e pós-parto*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/40145/sai-oe_2025_8211.pdf
- Palau-Costafreda, R., Nar-Devi, S., Gil-Poisa, M., Manso, A. P., Vela, A. E., Gutiérrez, N. O., Ecuriet, R., Julià, M., & Graells-Sans, A. (2024). Beyond the numbers: A phenomenological analysis of women's childbirth experiences in Spain's evolving healthcare system. *European Journal of Midwifery*, 8(October). <https://doi.org/10.18332/EJM/191895>
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Petit-Steeghs, V., Lips, S. R., Schuitmaker-Warnaar, T. J., & Broerse, J. E. W. (2019). Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. *Midwifery*, 74, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.016>
- Prosen, M., & Ličen, S. (2025). Maternal satisfaction with childbirth and its implications for maternity care quality: A cross-sectional study. *Journal of Public Health (Germany)*. <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02591-1>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Reyes-Amargant, Z., Fuentes-Pumarola, C., Roqueta-Vall-Ilosera, M., Garre-Olmo, J., Ballester-Ferrando, D., & Rascón-Hernán, C. (2025). Obstetric violence: perspectives from mothers, midwives, and obstetricians. *Frontiers in Global Women's Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1609632>
- Rigg, E., & Dahlen, H. G. (2021). Woman centred care: Has the definition been morphing of late? *Women and Birth*, 34(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.013>
- Rubashkin, N., Baji, P., Szebik, I., Schmidt, E., & Vedam, S. (2021). Examining obstetric interventions and respectful maternity care in Hungary: Do informal payments for continuity of care link to quality? *Birth*, 48(3), 309–318. <https://doi.org/10.1111/birt.12540>
- Santos, M. J. D. S., & Neves, D. M. (2021). A manifest against the homogenisation of childbirth experiences: preserving subjectiveness in a large dataset of the «Babies Born Better» survey. *Social Sciences*, 10(10), 388. <https://doi.org/10.3390/socsci10100388>
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.
- Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M., Vogel, J., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., Madeira, S., Leathersich, S., Tunçalp, Ö., Oladapo, O., Souza, J., & Gülmezoglu, A. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(8), 932–942. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Silva-Fernández, C. S., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2025). Qualitative study of maternity healthcare vulnerability based on women's experiences in different sociocultural context. *Nursing Reports*, 15(3). <https://doi.org/10.3390/nursrep15030105>
- Sukhera, J. (2022). Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>
- Teófilo, T. J. S., Gomes Viana, A. C., Oliveira, J. dos S., & Abreu, W. J. C. P. de. (2026). Empathy in Jean Watson's Theory of Human Caring: Philosophical reflections on the Caritas®

- p
-
- processes and mindfulness.
- Journal of Holistic Nursing*
- .
-
- <https://doi.org/10.1177/08980101261427830>
- Valente, A. L. R., Melo, A. L. A. S., & D'Avila, A. M. F. C. (2024). A importância da comunicação na assistência ao parto: Contribuições para uma percepção positiva da experiência vivenciada pela parturiente. *Research, Society and Development*, 13(11), e82131147354. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47354>
- Van den Berg, L. M. M., Henrichs, J., van Dillen, J., Downe, S., Verhoeven, C., & de Jonge, A. (2025). Childbirth experiences in the United Kingdom compared to the Netherlands: A Cross-Sectional Survey Study. *Birth*. <https://doi.org/10.1111/birt.70006>
- Van den Berg, M., van der Voorden, M., Bossenbroek, E., Ernst-Smelt, H., Ahaus, K., & Franx, A. (2025). Women's preferences for care delivery during labour and birth in Dutch hospitals: A Q-methodology study. *Women and Birth*, 38(1). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101842>
- Vedeler, C., Nilsen, A., Blix, E., Downe, S., & Eri, T. (2022). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(4), 647–655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: The philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado.
- Westergård, J., Kylmä, J., & Paavilainen, E. (2025). Obstetric violence in Finland: Analyzing the actions of healthcare staff in birthing narratives. *Midwifery*, 148, 104498. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104498>
- World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

