

Autoconfiança parental no cuidado ao recém-nascido: uma revisão *scoping*

Parental self-confidence in newborn care: scoping review

Rita Martins^{1*}, Sandra Risso² Maria Helena Presado³

¹ Mestrado. Unidade Local de Saúde da Arrábida, Setúbal, Portugal; <https://orcid.org/0009-0005-0095-7683>

² Mestrado. Doutoranda do Doutoramento em Enfermagem. Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; orcid.org/0000-0002-7169-5570

³ Doutoramento. Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; orcid.org/0000-0002-6852-7875

* Autor de correspondência: rtavares@campus.enfermagem.ulisboa.pt

Recebido: 09.04.2026

Revisto: 25.06.2026

Aceite: 14.08.2026

Editor: Florinda Galinha

Como citar este artigo: Martins R, Risso S, Presado MH. Autoconfiança parental no cuidado ao recém-nascido: uma revisão *scoping*. Pensar Enf [Internet]. 2026; 30 (1): e00515. Available from: <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v30i1.515>.

Resumo

Introdução

Quando nasce um filho, surgem cuidados necessários ao seu desenvolvimento, que integram a transição para a parentalidade. A transição, iniciada na gravidez, torna-se real com a chegada do recém-nascido. Rever as barreiras/facilitadores que contribuem para a autoconfiança parental, no cuidado ao recém-nascido, pode facilitar o diagnóstico de necessidades dos casais e o planeamento de intervenções centradas na tríade, para uma transição e vivência positiva da parentalidade. Optou-se por realizar uma revisão *scoping* de forma a identificar a evidência disponível e as lacunas de conhecimento relacionadas com o tema.

Objetivo

Mapear a evidência científica das barreiras/facilitadores que influenciam a autoconfiança parental no cuidado ao recém-nascido.

Métodos

A revisão segue as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) e a pesquisa de evidência foi obtida através das bases de dados MEDLINE Ultimate, CINAHL Ultimate, MediciLatina, e Cochrane of Systematic Reviews, Web of science e PUBMED. Foram selecionados estudos que abordavam as barreiras/facilitadores que contribuem para a autoconfiança parental nos cuidados ao recém-nascido, em pais de recém-nascidos saudáveis em qualquer contexto de cuidados. Consideraram-se estudos na língua espanhola, francesa, inglesa e portuguesa, no intervalo temporal de janeiro de 2018 a setembro de 2025. Os artigos foram avaliados por dois revisores.

Resultados

Foram incluídos 16 artigos. Os dados extraídos foram agrupados em categorias de barreiras/facilitadores: tecnológicos, sociais, fisiológicos, educativos, profissionais/género. Destacam-se como facilitadores o recurso a programas online, os grupos de apoio presenciais e online, a continuidade de cuidados entre o pré-natal e o pós-natal, o contacto pele-a-pele e o alojamento conjunto. Entre as principais barreiras identificam-se a desvalorização do período pós-parto, a insuficiência de apoio e educação pós-natal, a informação contraditória de familiares, a primiparidade e a curta licença parental.

Conclusão

Os estudos mostram-nos que é importante investir no pós-parto, numa rede de apoio informada e na inclusão do pai nos cuidados.

Palavras-chave

Confiança Parental; Cuidados ao Recém-nascido; Mãe; Pai; Parentalidade.

Abstract**Introduction**

When a child is born, necessary care for their development arises, which is part of the transition to parenthood. This transition, initiated during pregnancy, becomes real with the arrival of the newborn. Reviewing the barriers and facilitators that contribute to parental self-confidence in caring for the newborn can help to identify couples' needs and plan interventions centered on the triad, enabling a positive transition to, and experience of, parenthood. A scoping review was conducted to identify the available evidence and knowledge gaps related to the topic.

Objective

To map the scientific evidence on the barriers and facilitators, that influence parental self-confidence in caring for the newborn.

Methods

The review, follows the guidelines of the Joanna Briggs Institute (JBI), and the evidence search was conducted through the databases MEDLINE Ultimate, CINAHL Ultimate, MedicLatina, Cochrane Database of Systematic Reviews, Web of Science, and PubMed. Studies were selected if they addressed the barriers and facilitators that contribute to parental self-confidence in newborn care among parents of healthy newborns, across any healthcare or caregiving setting. Studies in Spanish, French, English, and Portuguese were considered, within the time frame from January 2018 to September 2025. Articles were evaluated by two reviewers.

Results

Sixteen studies were included. The extracted data were grouped into categories of barriers and facilitators: technological, social, physiological, educational, professional, and gender-related factors. Key facilitators included the use of online programs, face-to-face and online support groups, continuity of care between the prenatal and postnatal periods, skin-to-skin contact, and rooming-in. The main barriers identified were the undervaluation of the postpartum period, insufficient postnatal support and education, contradictory information provided by family members, primiparity and short parental leave.

Conclusion

The findings indicate the importance of strengthening postpartum care, ensuring access to an informed support network, and actively involving fathers in newborn care.

Keywords

Father; Mother; Parental Confidence; Parenthood; Newborn Care.

Introdução

A parentalidade é considerada um período de mudança e instabilidade para o casal, constituindo um processo de incorporação e transição de papéis. O International Council of Nurses (ICN)¹ define-a como cumprir a responsabilidade de ser mãe/pai. Nos primeiros meses de vida, o recém-nascido é totalmente dependente das figuras parentais. A sua manutenção e promoção de saúde apenas são possíveis através da participação de mães e pais, informados e motivados.² Mãe e pai experienciam no período pós-parto, na transição para a parentalidade, uma grande mudança, exigindo uma adaptação a esta nova vida³, englobando um conjunto de atitudes que influenciam a adaptação à gravidez e que levam à preparação para o papel de mãe ou pai.¹

A transição advém de mudanças e comportamentos de vida, obriga a uma adaptação a novas rotinas e circunstâncias, que incorporam os novos eventos.⁴ Inicia-se na gravidez, e termina após o pai e mãe desenvolverem um sentimento de confiança na prestação do novo papel.⁵ A confiança é definida pelo ICN¹ como o sentimento de segurança e crença de que os outros são fiáveis e bons e, por isso, objetiva-se o desenvolvimento da autoconfiança, uma característica dinâmica, subjetiva e individualizada⁶, que fornece capacidade pessoal para lidar com os desafios.⁷ Consequentemente, promove a transição para um pós-parto seguro e positivo.

A transição para a parentalidade enquadra-se na teoria de médio alcance de Afaf Meleis, que descreve a transição como uma passagem de um estado estável para outro igualmente estável, envolvendo um processo dinâmico de mudança, adaptação e aquisição de novos conhecimentos e competências.⁸ Segundo esta teoria, a transição inicia-se quando a mudança é antecipada e prolonga-se até que a pessoa desenvolva estabilidade e domínio do novo papel.^{8,9} Este processo, pode incluir uma diversidade de eventos que podem influenciar a sua vivência e a adaptação ao novo papel parental⁸, frequentemente descritos na literatura como facilitadores e barreiras. Entre os indicadores de processo e de resultado de uma transição saudável destaca-se o desenvolvimento da confiança.¹⁰ Neste sentido, a autoconfiança parental constitui um importante indicador da qualidade da transição para a parentalidade, refletindo o grau de adaptação e de mestria alcançado pelos pais nos cuidados ao recém-nascido.¹⁰ O desenvolvimento de estratégias que ajudem o casal a gerir de melhor forma as interações, promove o aumento do nível de confiança.¹⁰ O aumento e desenvolvimento da confiança é progressivo, proporcionando o domínio de novas competências, necessárias para a gestão de uma transição saudável.

A aquisição de competências parentais é necessária para a prestação de cuidados seguros ao recém-nascido, sendo uma prioridade na transição da parentalidade.¹¹ As competências parentais agrupam um conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, que facilitam e otimizam o desempenho do papel parental, com mestria, garantindo assim o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.¹² A capacitação dos pais é fundamental para o processo, que impõe estratégias eficazes de promoção de saúde e um adequado e individualizado plano de educação.¹³

Historicamente, o cuidado do filho e a gestão dos cuidados domésticos eram maioritariamente atribuídos à mulher cuidadora, enquanto o homem apresentava um padrão de provedor económico.¹⁴ Tem-se observado uma mudança de realidade, com o aumento da participação do pai nos serviços de saúde, e em especial no nascimento.¹⁵ O pai tem vindo a assumir um maior destaque¹² nos cuidados, sendo que esta motivação dos pais para a parentalidade, pode ser verificada pelos dados de adesão do homem à partilha parental. Verificou-se uma subida da percentagem de homens que partilham a licença parental, de 27,5% em 2015, para 45,7% em 2021.¹⁶ Na atualidade, as mulheres também investem na sua carreira profissional e incorporam essa atitude no seu projeto de vida à parentalidade, em vez da dedicação exclusiva a esta transição.¹² Observa-se a existência de casais que vivem sozinhos, no lugar de famílias alargadas, afastados da sua rede social e influenciando a reorganização familiar.¹²

A importância dada à mãe, neste processo, é superior. No entanto, a transição para a parentalidade é vivida por ambos. A coparentalidade traduz o relacionamento das figuras parentais e ocorre quando mãe e pai tem responsabilidade partilhada, pela criação dos filhos com apoio e coordenação.¹⁷ O conceito não afirma por si só o desenvolvimento igualitário do papel parental.¹⁷ No entanto, a participação solidária dos casais, que surge no contexto atual, possibilita uma coparentalidade eficaz. A coparentalidade eficaz implica coordenação mútua e trabalho de equipa eficaz, em contraposição aos efeitos negativos da coparentalidade competitiva e conflituosa, que tem impacto direto na transição do papel parental e posteriormente no comportamento do recém-nascido.¹⁸ Considera-se importante olhar e perceber o contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) para com o cliente de cuidados, e considerá-lo uma tríade mãe-pai-bebê. Esta perspetiva é sustentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Ordem dos Enfermeiros¹⁹, onde se refere que, no período pós-parto, emergem como clientes de cuidados o recém-nascido e o homem-pai. Este pai deve ser considerado na sua individualidade, com valores, crenças, desejos próprios, desde a gravidez até ao pós-parto. Assim, torna-se importante considerar mãe e pai, com necessidades próprias, mas que se complementam num trabalho conjunto, com uma parceria coparental inclusiva e de apoio no cuidado ao recém-nascido.^{18,19}

As competências do EEESMO, em Portugal, centram-se em todo o período da transição para a parentalidade, na gravidez, parto e pós-parto. Os cuidados no pós-parto permitem o cuidado da tríade, nos dias e semanas após o nascimento, detetando complicações numa fase precoce, garantindo o sentimento de confiança em lidar com a nova situação de vida, e com o seu recém-nascido.³

Optou-se por efetuar uma revisão *scoping* sobre as barreiras e facilitadores que contribuem para a autoconfiança parental no cuidado ao recém-nascido, para analisar informações acerca de uma temática, de uma forma abrangente²⁰, providenciando conhecimento que, possa ajudar na tomada de decisão do EEESMO, no diagnóstico de necessidades dos casais. Poucos são os estudos focados na continuidade de intervenções para o desenvolvimento de confiança e dos cuidados aos recém-nascidos no período pós-natal.²¹ Só após o diagnóstico se pode planear intervenções individualizadas, no desenvolvimento da autoconfiança parental e das suas competências parentais, que permitam uma vivência positiva da parentalidade. “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”²², incorpora as competências específicas do EEESMO. Deve-se conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação no pós-parto, identificar e monitorizar alterações aos processos de transição, promovendo a parentalidade responsável. A

ampliação de conhecimento é uma competência necessária ao EEESMO, para otimizar os cuidados e contribuir para ganhos em saúde.

Foi realizada uma pesquisa preliminar na Cochrane Database of Systematic Reviews e JBI Evidence Synthesis, não tendo sido identificadas revisões sistemáticas nem protocolos *scoping* no período de cinco anos, sobre o tema. A realização da revisão *scoping* tem como objetivo mapear a evidência científica sobre as barreiras e os facilitadores que contribuem para a autoconfiança parental dos casais no cuidado ao recém-nascido.

Métodos

A revisão *scoping* foi conduzida de acordo com a metodologia JBI para revisões *scoping*²⁰ e com a checklist *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*.²³ Foi desenvolvido um protocolo de revisão *scoping* para definição dos objetivos, método e previsão de tratamento de dados²⁴, registado no Open Science Framework (<https://osf.io/9nr8d/overview>). Teve como questão de revisão “Quais as barreiras e facilitadores que contribuem para a autoconfiança parental no cuidado ao recém-nascido?”. Tendo por base a mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC)²⁴, a população são as mães, pais e casais, o conceito, barreiras e facilitadores, que influenciam a autoconfiança parental nos cuidados ao recém-nascido e o contexto qualquer um, que implique cuidados a recém-nascido saudáveis. Foram excluídos estudos de casais com qualquer condição clínica do recém-nascido que necessitasse de cuidados específicos ou que obrigasse a uma necessidade de acompanhamento, como um internamento na unidade de neonatologia, malformações congénitas, malformações genéticas, doenças respiratórias, neurológicas, metabólicas ou gastrointestinais. Foram igualmente excluídos estudos com qualquer condição materna que dificultasse o alojamento conjunto (doenças ou complicações que exijam atendimento em outras unidades, doenças psiquiátricas graves ou abuso de drogas) e protocolos de estudos.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três passos.²⁰ Foi realizada uma pesquisa inicial, em abril de 2024, na MEDLINE Ultimate e CINAHL Ultimate, através da EBSCO, utilizando palavras relacionadas com o tema, para identificar os termos nos títulos e resumos dos artigos obtidos, assim como os termos indexados às bases de dados. No segundo passo, em abril de 2024, construiu-se a estratégia de pesquisa, adaptada para cada base de dados selecionada: MEDLINE Ultimate, CINAHL Ultimate, MedicLatina, e Cochrane of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCOhost WEB, Web of science e PUBMED. As estratégias de pesquisa encontram-se descritas no Quadro 1.

No terceiro passo, as listas de referências dos artigos foram examinadas, para identificar outros artigos relacionados com o tema. Foi também realizada pesquisa na literatura cinzenta, através de websites de organizações. A estratégia de pesquisa foi atualizada em setembro de 2025, para verificar eventuais novas publicações relevantes para o tema em revisão.

Foram incluídos todos os tipos de estudos publicados e não publicados, incluindo experimentais, quasi-experimentais, descritivos, correlacionais, de abordagem qualitativa e quantitativa, revisões sistemáticas da literatura, estudos de casos, artigos de opinião, resumos de conferências. Foram considerados todos os estudos publicados na língua espanhola, francesa, inglesa e portuguesa, no intervalo temporal de janeiro de 2018 a setembro de 2025.

Quadro 1. Expressão de busca por bases de dados

Base de Dados	Expressão de Pesquisa
MEDLINE Ultimate	(Father* OR Mother* OR Parents* OR MH Fathers OR MH Mothers OR MH Parents) AND (“Self-confidence” OR confidence OR MH Trust OR MH “Self-Assessment”) AND (Barrier* OR Obstacle* OR Difficult* OR Facilitator* OR Enabl*) AND ((MH “Infant, newborn” OR Newborn) AND (Care))
CINAHL Ultimate	(Father* OR Mother* OR Parents* OR MH Fathers OR MH Mothers OR MH Parents) AND (“Self-confidence” OR confidence OR MH Trust OR MH “Self-Assessment”) AND (Barrier* OR Obstacle* OR Difficult* OR Facilitator* OR Enabl*) AND ((MH “Infant, newborn” OR Newborn”) AND (Care))
Mediclatina	(Father* OR Mother* OR Parents*) AND (“Self-confidence” OR confidence OR Trust OR “Self-Assessment”) AND (Barrier* OR Obstacle* OR Difficult* OR Facilitator* OR Enabl*) AND (Newborn AND Care)
Cochrane of Systematic Reviews	(Father* OR Mother* OR Parents*) AND (“Self-confidence” OR confidence OR Trust OR “Self-Assessment”) AND (Barrier* OR Obstacle* OR Difficult* OR Facilitator* OR Enabl*) AND (Newborn AND Care)
Web of science	(Father* OR Mother* OR Parents*) AND (“Self-confidence” OR confidence OR Trust OR “Self-Assessment”) AND (Barrier* OR Obstacle* OR Difficult* OR Facilitator* OR Enabl*) AND (Newborn AND Care)
PUBMED	(Father* OR Mother* OR Parents*) AND (“Self-confidence” OR confidence OR Trust OR “Self-Assessment”) AND (Barrier* OR Obstacle* OR Difficult* OR Facilitator* OR Enabl*) AND (Newborn AND Care)

Os resultados da pesquisa foram inseridos no software Covidence®.²⁵ O software possibilitou a remoção automática de estudos duplicados. Os estudos resultantes foram analisados para efeitos de elegibilidade, através da leitura de título e resumo, por dois revisores independentes, sendo aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos resultantes desta avaliação foram lidos na íntegra. Nesta fase de leitura integral, foram excluídos artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão. As divergências foram analisadas e solucionadas com recurso a um terceiro revisor.

A extração de dados, provenientes da amostra de artigos considerados para a revisão *scoping*, foi realizada por dois revisores, de forma independente, usando uma ferramenta de extração de dados, desenvolvida pelos mesmos, que integrava informação sobre: título, autores, ano, local de realização do estudo, tipo de estudo, dimensão da amostra, objetivos do estudo, metodologia e resultados, barreiras e/ou facilitadores descritos e conclusões secundárias do estudo.

Os dados relevantes, extraídos da amostra de estudos incluídos, foram sintetizados numa tabela contendo a seguinte informação: autores, ano, país, método, objetivos, amostra e resultados (barreiras e facilitadores). A análise dos estudos permitiu a identificação de barreiras e facilitadores da autoconfiança parental no cuidado ao recém-nascido.

Resultados

Foram obtidos, no total, 1099 artigos, com a atualização da pesquisa. De acordo com as bases de dados, os artigos distribuem-se da seguinte forma: 205 artigos na MEDLINE Ultimate, 124 artigos na CINAHL Ultimate, zero artigos MedicLatina, três artigos na Cochrane Database of Systematic Reviews, 446 artigos na PubMed e 321 artigos na Web of Science. Após terem sido inseridos no software Covidence®²⁵, foram excluídos 391 artigos repetidos. Após o processo de seleção pelo título e resumo, por dois revisores, foram excluídos 668 artigos. Na etapa seguinte, de leitura integral, os critérios de elegibilidade foram aplicados a 40 artigos. Nesta última etapa foram excluídos 25 artigos por serem referentes a pais com recém-nascidos internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais, por serem protocolos de estudos, por só apresentarem o resumo, por fazerem referência a intervenções ou resultados que não iam de encontro à autoconfiança parental, ou por incluírem mães com complicações ou que recorriam a abuso de drogas. A amostra proveniente da pesquisa em bases de dados foi composta por 15 artigos. Após realizar o terceiro passo da estratégia de pesquisa, foi identificado mais um artigo, a partir da análise das listas de referência. Assim, a amostra da revisão *scoping* foi composta por 16 artigos. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão dos estudos estão apresentados no PRISMA 2020 Flowchart²⁶ (Figura 1).

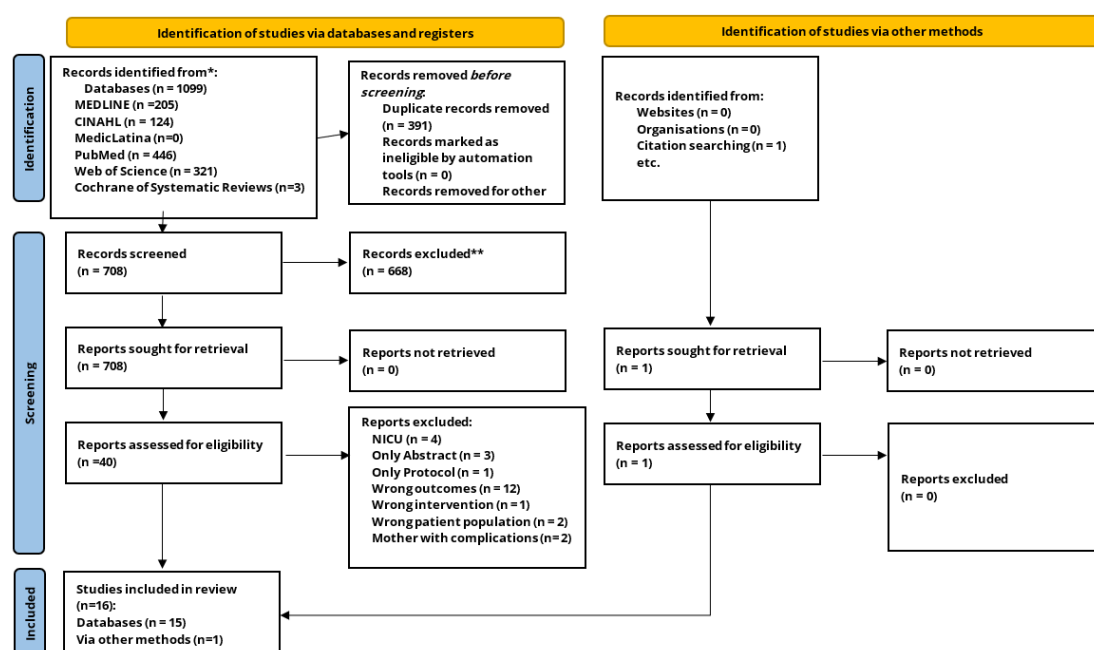


Figura 1. Fluxograma the PRISMA 2020 statement.

Os 16 artigos da amostra foram publicados entre 2018 e setembro de 2025. Relativamente ao tipo de estudo, obteve-se: cinco estudos qualitativos descritivos, dois estudos qualitativos longitudinais, dois estudos qualitativos transversais, um estudo fenomenológico hermenêutico, um estudo de síntese de evidência qualitativa, um estudo de coorte prospetivo, um estudo clínico randomizado e controlado, um estudo qualitativo, um estudo misto transversal e um estudo misto exploratório. A origem dos estudos foi a seguinte: três no Reino Unido, três nos Estados Unidos, dois no Canadá, dois na Singapura, um na Índia, um na Austrália, um em Itália, um na Coreia do Sul, um na Holanda e um na Tanzânia. A população dos artigos é variada, incluindo casais, mães, profissionais de saúde, assim como a metodologia usada, onde encontramos estudos em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas e estruturadas, *focus group* e análise estatística.

Os dados relevantes, extraídos da amostra de estudos incluídos, foram sintetizados numa tabela contendo a seguinte informação: autores, ano, país, metodologia/tipo de estudo, população/amostra, objetivos e resultados (barreiras e facilitadores) (Tabela 1). A análise dos estudos permitiu a identificação de barreiras e facilitadores da autoconfiança parental no cuidado ao recém-nascido.

Tabela 1. Resultados dos estudos da amostra.

A1.		
Autores, Ano e País		Machold, C., Rinn, S., Mckellin, W., Ballabtyne, G. & Barrett, J. (2021) Canada
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo fenomenológico hermenêutico. Entrevista telefónica semiestruturada 1 a 19 meses após o parto
População/amostra		10 mulheres com uma cesariana prévia planeada ou não, e uma segunda cesariana programada
Objetivos		Descrever as experiências maternas de parto por cesariana com ou sem contacto pele-a-pele
Resultados	Barreiras	As participantes possuíam sentimento de vergonha ou culpa por terem realizado um parto por cesariana
	Facilitadores	Contacto pele-a-pele. Amamentar o bebé nascido por cesariana em contacto pele-a-pele foi bastante diferente das experiências anteriores, melhorando a sua confiança e duração na amamentação.. O contacto pele-a-pele veio contrariar o sentimento de culpa e de vergonha sentimento, e foi importante para reforçar a sua confiança na transição para a parentalidade.
A2.		
Autores, Ano e País		Finlayson, K., Sacks, E., Brizuela, V., Crossland, N., Cordey, S. Ziegler, D., Langlois, E., Javadi, D., Thomson, L., Downe, S. & Bonet, M. (2023) Reino Unido
Metodologia/Tipo de Estudo		Revisão qualitativa da literatura
População/amostra		800 participantes, membros da família próxima (pais, companheiros, copais, avós, irmãos dos pais e tias ou tios dos pais)
Objetivos		Explorar os fatores que influenciam a adesão dos cuidados pós-natais pelas mulheres e suas famílias
Resultados	Barreiras	Licença Parental reduzida Muitos pais sentiam-se ansiosos e inseguros no papel parental por preocupação e priorização da saúde do seu parceiro Conflito de informações dadas pelos profissionais de saúde.
	Facilitadores	Mais visitas domiciliares. Contactos flexíveis durante o período pós-natal; grupos de apoio só para pais. Serviço 24 horas por dia que lhes desse oportunidade de contactar um profissional quando surgisse a necessidade. Para resolver estas questões os pais sugeriram organização de grupos de apoio exclusivamente para pais que possam estar com dificuldades durante o período pós-natal
A3.		
Autores, Ano e País		Shorey, S., Ang, L. & Goh, E. (2018) Singapura
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo Qualitativo Longitudinal Entrevista
População/amostra		50 pais
Objetivos		Compreender as experiências vividas pelos novos pais
Resultados	Barreiras	Pequena licença paterna; O medo foi o fator que dificultou o envolvimento paterno, pois não tinham a competência e a confiança necessária para dar banho aos seus bebés. Falta de informações e orientações dos profissionais de saúde no pós-alta hospitalar. Conflito de informações.
	Facilitadores	Medidas que facilitem o envolvimento paterno como aumento da licença de paternidade e a obrigatoriedade de os pais terem de utilizar a licença parental. Melhoria das aulas pré-natais envolvendo mais os pais Apoio social por parte de avós. Experiência com filhos mais velhos
A4.		
Autores, Ano e País		Athavale, P., Hoeft, K., Dalal, R., Bondre, A., Mukherjee, P. & Gutierrez, K. (2020) India
Metodologia/Tipo de Estudo		Entrevistas semiestruturadas. Estudo Qualitativo transversal
População/amostra		53 mães e avós, cuidadores de crianças de 0 a 2 anos
Objetivos		Avaliar as barreiras e os facilitadores para os cuidadores na implementação das recomendações de alimentação de bebés e crianças pequenas em duas comunidades urbanas
Resultados	Barreiras	Excesso de trabalho dos profissionais; Falta de comunicação; Recomendações conflitantes entre profissionais de saúde e família; Existir uma autoridade de poder externa; Apoio social limitado
	Facilitadores	Orientação profissional alargado ao agregado familiar e comunidade; apoio familiar (casa da mãe ou relação não conflituante com a sogra)

A5.		
Autores, Ano e País		Shorey, S., Yang, Y. & Dennis, C. (2018) Singapura
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo Qualitativo Descritivo Entrevista semiestruturada, presencial
População/amostra		12 participantes (5 casais, 4 pais, 3 mães) divididos em dois grupos, grupo de intervenção e grupo de controle
Objetivos		Testar e eficácia do programa educacional baseado no aplicativo mhealth entre os novos pais
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Uso da tecnologia Características positivas do aplicativo mhealth: bom recurso informativo e com informação adaptada às necessidades individuais, de fácil acesso e que permite recapitular as informações. Utilizado para confirmar procedimentos rotineiros de cuidados ao recém-nascido. Útil para enfrentar dificuldades durante a primeira semana. Possibilidade de obter resposta de uma parteira e no fórum de discussão, com resposta clara, individualizada e mais confiável em vez das respostas padrão encontradas na web. Os inquiridos exprimiram continuidade de cuidados e integração de uma comunidade de pessoas que vivem a mesma fase de transição aumenta a confiança e satisfação a cuidar dos seus bebés
A6.		
Autores, Ano e País		Cummins, A., Griew, K., Devonport, C., Ebbett, W., Catling, C. & Braird, K. (2022) Austrália
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo qualitativo descritivo Entrevistas <i>Focus Group</i> e individuais com prestadores de serviços (obstetras e parteiras) e utentes grávidas
População/amostra		7 grávidas e 9 parteiras
Objetivos		Descobrir as opiniões dos prestadores de serviço e utentes do serviço sobre o modelo de cuidados pré e pós-natal
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Modelo de continuidade de cuidados pré e pós-natal potencia: sentir-se seguro e conectado; ter mais tempo de qualidade e estar confiante, ter um senso de comunidade e respeitar a diversidade cultural. As mulheres afirmam que ter a mesma parteira a prestar cuidados durante toda a gravidez e durante o período pós-natal precoce fez com que se sentissem seguras e conectadas. A continuidade de cuidados permitia melhor conhecimento da mulher e havia compensação do tempo com menos avaliações iniciais e menos registos. As conclusões do estudo sugerem que parteiras, obstetras e mulheres acreditam que a implementação de um modelo pré/pós-natal semelhante ao do Reino Unido seria uma mais valia e alinham-se com os cuidados de maternidade de qualidade. A compreensão de que as parteiras não estariam disponíveis no intraparto era aceitável para elas. As parteiras acreditavam que poderiam antecipar e compreender melhor as necessidades da mulher quando prestassem cuidados em suas casas fortalecendo novamente as capacidades da mulher enquanto ela faz a transição da parentalidade
A7.		
Autores, Ano e País		Levi, D., Ibrahim, R., Malcolm, R., MacBeth, A. (2019) Reino-Unido
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo de coorte prospetivo não controlado, Programa Mellow Parenting, semanal, em grupo, durante 14 semanas
População/amostra		183 mães
Objetivos		Investigar a associação entre a participação no Mellow Parenting e as melhorias dos resultados maternos e infantis.
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Programas parentais - melhoram significativamente a saúde materna, a confiança dos pais. As mães com parceiro participaram em mais sessões e mostraram maiores melhorias na saúde mental e confiança, em comparação com as mães solteiras
A8.		
Autores, Ano e País		Perez, A. et al. (2021) Reino-Unido
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo misto transversal, Entrevistas
População/amostra		590 participantes
Objetivos		Investigar como a COVID-19 e restrições associadas influenciam o humor e a confiança parental dos futuros pais, identificando barreiras e facilitadores
Resultados	Barreiras	Diminuição de contacto físico; posse de informações de saúde pouco confiáveis; Diminuição do apoio; perda dos cuidados infantis
	Facilitadores	Tecnologia O isolamento social pode tornar-se um facilitador, especialmente nos pais com o primeiro filho - mais tempo em família para o pai, prestando cuidados de forma independente, tornando-o mais atento. Na mãe, a imposição de ter de confiar no seu instinto, na ausência de apoio adicional, também a deixou mais confiante e resiliente
A9.		
Autores, Ano e País		Consales, A. et al. (2020) Itália
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo descritivo; Entrevista estruturada
População/amostra		328 mães, 333 recém-nascidos
Objetivos		Investigar o conhecimento materno sobre alojamento conjunto e as barreiras facilitadores da adesão
Resultados	Barreiras	Fadiga e parto por cesariana como barreiras indiretas por serem declaradas como a barreiras maiores na realização de alojamento conjunto.
	Facilitadores	Alojamento conjunto
A10.		
Autores, Ano e País		Demirci, J. et al. (2019) Estados Unidos da América

Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo clínico randomizado e controlado, Entrevista telefônica semiestruturada 4 a 6 semanas pós-parto
População/amostra		17 mães
Objetivos		Avaliar a viabilidade, aceitação, pontos fortes e limitações dos serviços de telelactação para mães rurais
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Aplicativo movel - Potencialmente aumenta a confiança materna, através da natureza "hands-off" do suporte de vídeo, em que as mães "fazem o trabalho". Aumento da confiança na amamentação; resolveu problemas de amamentação, preveniu a exacerbação de problemas; possibilitou o uso eficiente do tempo em visitas ao RN. Os resultados corroboram que a telelactação oferece acesso conveniente ao apoio à amamentação e triagem de questões relacionadas à amamentação. Além disso, pode aumentar a confiança na amamentação quando o transporte ou o acesso inadequado ao suporte da lactação se apresentam como barreiras.
A11.		
Autores, Ano e País		Lee, I. (2023) Coreia do Sul
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo qualitativo descritivo. Entrevista
População/amostra		165 refugiadas
Objetivos		Preparar dados para o desenvolvimento de um programa de educação de cuidados neonatais
Resultados	Barreiras	Falta de conhecimento Idade mais jovem
	Facilitadores	Maior conhecimento. Idade mais avançada
A12.		
Autores, Ano e País		Biringer, A. et al. (2024) Canada
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo Qualitativo. Entrevistas telefônicas semiestruturadas
População/amostra		18 utentes
Objetivos		Explorar o impacto do cuidado com o modelo de cuidados híbrido perinatal durante a gravidez e período inicial do recém-nascido
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Apoio social no período perinatal As participantes comentaram sobre como o período pós-parto pode ser desafiador e como se sentiram vulneráveis como novas mães. Refletiram sobre como as relações que construíram, através do Modelo Group Perinatal Care, proporcionaram apoio de múltiplas formas e aumentaram a sua confiança e competência A participação de seus parceiros no processo e o apoio de todo o grupo fizeram com que se sentissem menos sozinhos em momentos desafiadores. O modelo foi construído para apoiar as famílias na transição do pré-natal para o período intraparto e pós-parto imediato.
A13.		
Autores, Ano e País		Velkamp, G. et al. (2020) Holanda
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo Qualitativo Longitudinal, Duas entrevistas com espaçamento de 6 meses
População/amostra		12 casais de primeira viagem
Objetivos		Descrever as relações entre os contextos sociais e as competências desenvolvidas pelos pais
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Conhecimento experimental de outros membros da família
A14.		
Autores, Ano e País		Robinson, A. et al. (2019) Estados Unidos
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo Qualitativo transversal prospectivo, Entrevistas <i>Focus Group</i> online
População/amostra		22 participantes
Objetivos		Identificar as experiências de mães afro-americanas que participam de grupos de apoio à amamentação no Facebook e as crenças, decisões e resultados da amamentação para essa população de mães.
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Grupos de apoio online As participantes afirmaram que se sentiam mais confiantes e capacitadas nas suas decisões de amamentar devido ao grupo de apoio online
A15.		
Autores, Ano e País		Dol, J. et al. (2019) Tanzânia
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo qualitativo descritivo. Pesquisa demográfica, seguida de uma entrevista semiestruturada
População/amostra		8 mães e 8 enfermeiras obstétricas
Objetivos		Explorar como as mães e enfermeiras obstétricas vivenciam a alta pós-natal
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Possuir conhecimento suficiente; melhor educação As mães sentiram que qualquer informação que recebessem e tivessem a oportunidade de prestar cuidados enquanto estavam no hospital aumentava a sua capacidade de cuidar do seu recém-nascido e construíam o seu próprio conhecimento, experiência e confiança no cuidado do seu recém-nascido.
A16.		
Autores, Ano e País		Fisher, E. et al. (2025) Estados Unidos da América
Metodologia/Tipo de Estudo		Estudo Exploratório misto Entrevistas e Questionário
População/amostra		16 participantes na fase qualitativa e 62 participantes na fase quantitativa
Objetivos		Examinar as perspectivas dos clientes sobre como o programa Healthy Start apoia o bem-estar dos pais e filhos durante e após a gravidez
Resultados	Barreiras	
	Facilitadores	Programas com agentes comunitários de saúde:

		O programa empodera de forma a emergir confiança na defesa dos cuidados corretos sendo verbalizado pelos entrevistados o aumento da autoconfiança e a diminuição dos níveis de stress levando a uma melhor saúde geral, saúde mental e saúde infantil.
--	--	--

Os resultados podem ser consultados em tabela (Tabela 2), acompanhado de resumo narrativo. Os dados extraídos dos artigos foram organizados em cinco categorias: facilitadores tecnológicos, barreiras/facilitadores sociais, barreiras/facilitadores fisiológicos, barreiras/facilitadores educativos e barreiras/facilitadores profissionais e/ou género.

Tabela 2. Síntese de Resultados.

Barreiras Sociais	A8, A4
Barreiras Fisiológicas	A1, A8, A9, A11
Barreiras Educativas	A11
Barreiras profissionais/género	A2, A3
Facilitadores Tecnológicos	A5, A8, A10, A14
Facilitadores Sociais	A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A10, A12, A13, A14, A16
Facilitadores fisiológicos	A1, A3, A8, A9, A11
Facilitadores educativos	A7, A11, A15
Facilitadores profissionais/género	A2, A3

Facilitadores tecnológicos. O fator facilitador tecnológico é bastante abordado.^{27,28,29,30} Num dos estudos²⁸ há referência a uma época de restrições pela COVID-19. Os autores investigaram as barreiras e facilitadores perante a confiança na parentalidade precoce, referindo que, embora os participantes preferissem o contacto presencial, os recursos e a interação online são úteis em medidas de confinamento.²⁸ A tecnologia permite o fornecimento de recursos práticos e sociais dos cuidados de saúde, assim como providência apoio psicológico em situações nas quais o contacto presencial não é possível.²⁸ Outros autores³⁰ estudaram um programa educacional por quatro semanas após a alta hospitalar do puerpério. Este programa permitia a partilha, entre o casal e as parteiras, de fotografias e mensagens, de esclarecimento de dúvidas, que eram respondidas nas 24 horas.³⁰ Permitia também fornecer educação aos pais, através de vídeos acerca de procedimentos sobre cuidados ao recém-nascido.³⁰ Os participantes expressaram que a continuidade de cuidados era boa e que a possibilidade de interação com uma comunidade, que vivia a mesma fase de transição, aumentou a confiança e a satisfação nos cuidados dos seus bebés.^{29,30} Esta interação possibilitou uma boa transição do meio hospitalar para casa, um sentimento de satisfação e de vivência positiva do papel parental.³⁰ Por último, a “Telelactação”, uma aplicação telefónica na qual as mães poderiam ter acesso a chamadas vídeo ilimitadas e gratuitas, com um *International Board Certified Lactation Consultant*, veio possibilitar o acesso ao apoio à amamentação a pessoas com restrições de apoio de profissionais.²⁷ Esta aplicação teve efeitos positivos na confiança materna, possibilitando o esclarecimento de dúvidas a pessoas mais isoladas, prevenindo complicações, permitindo que as visitas domiciliárias aos recém-nascido fossem utilizadas de forma mais eficiente.²⁷

Barreiras/facilitadores sociais. O apoio social pode funcionar de duas formas, como facilitador ou como barreira, tendo em conta a atitude dos pais e do respetivo apoio. Foi investigado o apoio através de grupos de apoio online.^{27,29,30} Nestes grupos, cria-se uma comunidade online com a presença de profissionais licenciados no apoio à amamentação, onde as novas mães podem interagir entre si, empoderando-se, possibilitando decisões informadas relativas à amamentação.²⁹ As participantes, num *focus group*, foram unânimes ao referir que se sentiam mais confiantes e capacitadas na amamentação.²⁹ Nos grupos online, a perceção da quantidade de participantes, influenciava positivamente a confiança na amamentação e na duração da mesma.²⁹ Torna-se importante a existência, nestes grupos, de pessoas de confiança e competentes para aconselhar²⁹, dado que noutro estudo, as mães, especialmente primíparas, referiram sentir-se desamparadas no pós-parto e na amamentação.³¹ O pós-parto é um período no qual as mães consideram necessitar de um serviço onde possam esclarecer dúvidas, nas 24 horas diárias.³² O excesso de trabalho vivenciado pelos profissionais de saúde não permitiu esclarecer as dúvidas necessárias, não possibilitando que as mães realizassem cuidados corretos ao seu recém-nascido, relativamente à alimentação.³¹ Estas dificuldades levaram a que as mães solicitassem informações a familiares e amigos, e quando estas informações entravam em conflito com a educação realizada pelos profissionais de saúde^{31,33}, havia um sentimento de confusão, sendo que a maioria das mães optava por seguir os conselhos dos familiares.³¹ As mães referiram sentimentos de stress e insegurança, o que levou a perderem o controlo nos cuidados ao seu bebé e a ceder à autoridade de um familiar.³¹ O medo do fracasso nas suas decisões, assim como de se sentirem culpadas, por não seguirem a orientação dos chefes de comunidades e familiares, levou-as a perderem a confiança no cuidado ao seu recém-nascido.³¹ As sessões de

aconselhamento, envolvendo a família e comunidade, possibilitam a minimização desta barreira, potenciando o aumento da confiança materna, através do fornecimento de informação confiável.³¹

As mães que possuíam informações fidedignas para a saúde do seu filho, eram mais confiantes nos seus cuidados, e propensas a resistir à pressão dos familiares, amigos, vizinhos e mensagens publicitárias confiáveis.³¹ No entanto, o autor também refere que, no caso de apoio familiar advir da avó materna, ou se existir uma relação positiva com a sogra, pode levar a atitudes mais positivas na mãe, a uma maior confiança e habilidade para cuidar do filho e seguir as recomendações do profissional confiável.³¹ Neste sentido, o apoio social é um facilitador. A experiência dos membros da família pode trazer confiança aos novos pais, porque os encorajam a seguir a sua própria intuição, fortalecendo a confiança no cuidado dos seus filhos.³⁴ Ainda que durante a pandemia covid-19 a perda de apoio social foi vivenciada como um ponto positivo relativamente à autoconfiança parental, uma vez que não depender de ajuda nos cuidados infantis, trouxe aos pais experiência no cuidado e na possibilidade de confiar no seu instinto e julgamento.²⁸

Um modelo de continuidade de cuidados entre o pré-natal e o pós-natal foi avaliado positivamente, tendo demonstrado resultados como a segurança e a autoconfiança no período pós-natal.³⁵ Os grupos de apoio perinatal, com transição de apoio para a comunidade, demonstraram ter impacto positivo.³⁶ As mães desamparadas no período pós-parto encontraram nestes grupos diversos apoios, que aumentam a confiança e a competência parental.³⁶ São grupos de mães selecionados por data provável de parto, nos quais participam uma parteira e dois médicos de família.³⁶

Os programas parentais, para pais e filhos, efetuam acompanhamento para além do pré-natal e pós-parto^{37,38}, podendo prolongar-se até à idade de cinco anos.³⁸ São constituídos por workshops e visitas domiciliárias, adaptados à idade das crianças. Alguns destes programas, não tem como principal foco a confiança parental, atingem este objetivo como resultado secundário³⁸, uma vez que quando inquiridos, a maioria refere sentir mais confiança nos cuidados e com menores níveis de stress.³⁸ Os programas parentais vêm, em alguns casos, demonstrar a importância de ter sempre alguém disponível para ouvir e validar as preocupações, assim como resolver problemas numa fase inicial da parentalidade.³⁷

Barreiras/facilitadores fisiológicos. O contacto pele-a-pele, após cesariana, transfere o poder do controlo do profissional de saúde para a mãe.³⁹ Este contacto permite anular o sentimento de culpa nas mães, por terem sido sujeitas a uma cesariana, e reforça a confiança na transição para a parentalidade, modificando o processo de amamentação, ao promover a duração do mesmo e, conseqüentemente, a confiança.³⁹ Na mesma perspetiva, como barreira/facilitador fisiológico, outros autores⁴⁰ evidenciaram o alojamento conjunto. Este permite o aumento da confiança materna em cuidar do recém-nascido, assim como melhorias na amamentação.⁴⁰ Os dados são semelhantes aos provenientes de um estudo em situação de isolamento COVID-19, onde a diminuição do contacto físico foi associada a uma diminuição da confiança.²⁸

As características gerais das mães, tais como a idade, a estrutura familiar e a sua história obstétrica, podem modificar o grau de confiança nos cuidados ao recém-nascido.⁴¹ Idades mais jovens (menos de 30 anos) e a primiparidade, foram fatores associados a menor nível de confiança, no cuidado ao recém-nascido.⁴¹ Também um maior número de filhos, mais experiência^{33,41} e maior idade está associado a maiores níveis de confiança no cuidado ao recém-nascido.⁴¹

Barreiras/facilitadores educativos. A educação pode ser um fator que influencia a confiança parental, sendo que mulheres com o ensino elementar ou menor, apresentam diminuição da confiança parental.⁴¹ A falta de conhecimento sobre os cuidados ao recém-nascido está associada a uma diminuição da confiança dos cuidados e a um comportamento parental inadequado.⁴¹ As mães referiram que receber ensinamentos suficientes para se sentirem confiantes é importante, e que a confiança é essencial para poderem prestar cuidados ao seu recém-nascido.⁴² Esses ensinamentos centram-se muito no pré-natal e intraparto, havendo uma desvalorização do pós-parto, tanto nos cuidados clínicos, como na educação.⁴² Este período crítico é essencial ao desenvolvimento da confiança. No entanto, a educação pós-natal no hospital torna-se difícil, pela falta de recursos técnicos, humanos e de diretrizes para a prestação destes cuidados.⁴² Esta ideia é apoiada pelos modelos de continuidade pré e pós-natal.³⁸ Um dos modelos encontrados, nos estudos, considera que é importante a continuidade de cuidados no pós-parto.³⁸ Esta continuidade de cuidados fez sentir os pais mais seguros e promoveu a autoconfiança parental.³⁸

Barreiras/Facilitadores profissionais e de género. O trabalho paterno e a licença paternal reduzida foram identificados como barreiras. Estas barreiras não permitiam o envolvimento necessário ao pai, originando insegurança e medo na prestação de cuidados ao recém-nascido.³³ Os pais priorizaram o bem-estar materno em detrimento de si próprios, sentindo-se inseguros e ansiosos no novo papel.³² Os pais inquiridos sugeriram

o aumento da licença parental, a existência de grupos de apoio só para pais que passem pela transição para a parentalidade, e preparação para a parentalidade mais dirigida ao envolvimento paterno.^{32,33}

Discussão

Nesta revisão *scoping*, foram identificados 16 artigos, publicados nos últimos cinco anos, que abordam diversos fatores que influenciam o desenvolvimento da confiança parental, permitindo responder à questão formulada inicialmente: quais as barreiras e facilitadores que contribuem para a autoconfiança parental nos cuidados ao recém-nascido

Foram identificadas, nos artigos encontrados, as seguintes barreiras: barreiras sociais ^{28,31,32}, barreiras fisiológicas ^{28,39,40,41} barreiras educativas ⁴¹, barreiras profissionais e ou género.^{32,33}

Relativamente aos facilitadores, identificou-se facilitadores tecnológicos^{27,28,29,30}, facilitadores sociais ^{28,29,31,32,33,34,35,36,37,38}, facilitadores fisiológicos ^{28,33,39,40,41}, facilitadores educativos ^{38,41,42}, facilitadores profissionais ou de género.^{32,33}

Os recursos tecnológicos são importantes, mantendo a comunicação e o apoio especializado, quando o contacto físico não é possível, como foi verificado em época de isolamento COVID-19 ^{27,28} e quando o domicílio se situa em locais de maior dificuldade de acesso.²⁷ O recurso a aplicativos informáticos, com informações personalizadas às necessidades individuais e de fácil acesso, é útil por poder esclarecer as dúvidas rotineiras, em comparação com a informação padronizada disponível na internet de acesso livre.³⁰ Estes recursos caracterizam-se pelo acompanhamento de profissionais de saúde especializados na área e por isso tranquilizam os pais no cuidado ao recém-nascido, após a alta hospitalar, trazendo maior satisfação do papel parental.³⁰ Os conteúdos (vídeos e documentos) fornecidos durante o programa serviam de orientação, trazendo maior confiança na realização do papel parental.³⁰ Estes resultados são complementados por outros, onde os grupos de apoio nas plataformas digitais funcionam como espaços disponíveis permanentemente para obtenção de informação, partilha de experiências e procura de suporte, tanto por profissionais de saúde especializados como entre os pares.²⁹ As utilizadoras valorizam a acessibilidade fácil da plataforma e como a tecnologia pode ultrapassar a simples transmissão de informação e permitir a construção de uma rede de apoio mais ampla.²⁹ Este recurso traz não só a aquisição de novos conhecimentos como também uma maior confiança.²⁹

No entanto, apesar dos benefícios, que o avanço tecnológico tem trazido às atuais sociedades, não deve ser utilizado como recurso único. Muitos utentes continuam a preferir o contacto presencial²⁸ e por este mesmo motivo o contacto tecnológico deve ser utilizado para apoios pontuais, de forma a resolver pequenas dificuldades.²⁹ Esta forma de atuação permitirá uma melhor avaliação de possíveis dificuldades e um melhor aproveitamento das visitas presenciais.²⁷

O apoio social é a barreira/facilitador referido num maior número de investigações e é importante neste período, trazendo benefícios para a mãe, bebé e próprio casal.⁴³ O apoio pode ser de diferentes tipos (sendo os principais, a nível familiar e profissional) e o facto de estar disponível, pode ter um impacto positivo na transição da parentalidade.⁴³ O casal pode ser um apoio entre si e a falta do parceiro nas consultas, no trabalho de parto e em programas pós-parto tem influência na adesão aos mesmos e no desenvolvimento de confiança das mães.^{28,38} Também a mãe pode ser o apoio do pai.³³ Os grupos constituídos tanto em programas de acompanhamento perinatal, como em redes sociais, permitem relacionamentos entre os participantes, originando o aumento da confiança e da competência parental.^{28,29,36} Estes grupos transmitem segurança de pessoas que vivem o mesmo processo de transição³⁶ e são frequentemente criados através da tecnologia, mostrando que o apoio social pode ir além do contacto presencial, desde que seja acessível e oportuno.^{27,30}

O apoio familiar pode ser um elemento facilitador, mas também pode ser uma barreira, que condiciona a confiança nos casais, quando se encontra sujeito a opiniões contraditórias e conflitos entre familiares e profissionais^{31,37}, podendo ser uma fonte de stress adicional para os pais.³³ Esta barreira foi avaliada durante as restrições Covid-19.²⁸ Embora o apoio familiar possa ser um fator protetor do estado emocional dos pais e consequentemente possa aumentar a confiança parental, a perda desse apoio e a obrigação de depender do instinto pessoal para o cuidado ao recém-nascido, teve um efeito positivo no desenvolvimento desta confiança.²⁸ Ainda assim, o conhecimento experimental de membros da família pode favorecer o aumento de confiança.³⁴

A família pode ser capacitada, por forma a ser um fator facilitador para potenciar positivamente a transição, o que constitui um importante meio de fortalecer a confiança.³¹ Assim, é importante a intervenção do EEESMO nesta fase, ao constituir um mediador entre este apoio social, realizando educação para a saúde não só ao casal, como à família alargada.³¹ A identificação precoce das figuras significativas do casal e a sua inclusão no processo de transição para a parentalidade, pode promover a uniformização da informação transmitida e apoiar a tomada de decisão baseada na evidência. A possibilidade de o casal recorrer a fontes menos fidedignas, tais como redes

sociais, publicidades e informações contraditórias, deve ser gerida. Devem ser fornecidos ao casal fontes seguras e apoio social seguro, desde o período pré-natal, mediando a confiança parental.³⁷ Esta intervenção contribui para a redução de conflitos, originados pelas crenças tradicionais favorecendo a criação de uma rede de apoio mais consistente e segura. Neste sentido, o desenvolvimento de uma relação de confiança e de continuidade de cuidados do EEESMO é importante, porque acompanha o casal durante o período pré-natal, e ao realizar a continuidade de cuidados no pós-natal, prevê-se um aumento na qualidade de cuidados.^{30,32,35,36} Esta continuidade de cuidados, frequentemente realizada através de programas perinatais, também proporciona ao casal segurança num período de grande mudança^{35,37}, através de visitas domiciliárias, contacto regular³⁷, maior acesso a apoio psicossociais. Os pais verbalizam precisar de feedback sobre os cuidados que prestam.³³ Estes programas trazem benefícios na autoconfiança, na redução de stress, podendo ser um meio de ligação a outros recursos comunitários externos, como apoio diferenciado na alimentação, na saúde mental e em outros aspetos de recuperação da saúde física, psicológica e emocional.³⁷ A criação de uma rede de contacto entre o casal e o EEESMO, pode tornar-se num elemento mediador para o acompanhamento e esclarecimento de dúvidas. Estas intervenções encontram-se alinhadas com o Padrão de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica¹⁹ uma vez que se promove a adaptação à parentalidade, na capacitação da família para a transição do papel parental e na otimização dos processos de saúde doença da mulher inserida na comunidade.¹⁹

O contacto físico é um influenciador da confiança parental.^{28,39} Tendo em conta que ainda existem barreiras ao cuidado pele-a-pele no período pós-parto, é importante compreendê-las, de forma a modificá-las. Num estudo incluído³⁹, as participantes consideram que, ao serem submetidas a uma cesariana, o contacto pele-a-pele fortalece a confiança nos primeiros momentos da parentalidade, atenuando os sentimentos de vergonha e culpa de terem sido submetidas a uma cesariana.³⁹ Estes sentimentos podem ser uma barreira ao desenvolvimento da confiança.³⁹ O contacto pele-a-pele altera os procedimentos rotineiros por quebrar o campo estéril. Estamos perante um cuidado que necessita de modificações logísticas num sistema já sobrecarregado, disponibilidade de recursos de enfermagem, e vontade de mudança com vista à melhoria/revisão de procedimentos e protocolos.³⁹ No entanto, a literatura considera possíveis estas mudanças.³⁹ É necessário reforçar a importância desta prática junto das equipas, para que existam rácios adequados às boas práticas do desenvolvimento da confiança parental. O contacto pele-a-pele é favorecido durante o alojamento conjunto. Este tipo de alojamento tem grande vantagem no aumento da autoconfiança permitindo o reconhecimento das necessidades do bebé.⁴⁰ O cansaço pode ser uma barreira ao alojamento conjunto, tendo um EEESMO um papel preponderante na assistência a estas mães.⁴⁰

As características individuais de cada casal influenciam o desenvolvimento da confiança.⁴¹ Para respeitar a sua individualidade, é necessária uma avaliação para adaptar os programas de preparação para a parentalidade.⁴¹ Existem estudos que identificam uma maior fragilidade para mulheres com idade inferior a 30 anos, primíparas e mulheres com estudos elementares, em oposição a estudos que consideram que pais experientes são mais confiantes, competentes e motivados no cuidado ao recém-nascido.³⁷ O EEESMO deve ter em especial atenção esta população mais frágil, desenvolvendo e implementando programas eficazes, que permitam uma preparação do período pós-parto e uma transição positiva para a parentalidade. Também a organização dos serviços deve ser repensada, melhorando a continuidade de cuidados pré e pós-natal, que tem vindo a ser estudada como potenciadora do sucesso da transição.³⁵ Isto leva a uma reorganização dos serviços, para que o EEESMO possa acompanhar o casal em todo o processo, desde o pré-natal ao pós-parto.

A implementação de programas eficazes leva-nos às barreiras e facilitadores educacionais. Os estudos evidenciam que maiores níveis de conhecimento e oportunidades de aprendizagem prática estão associados a níveis superiores de confiança parental.^{38,41,32} Desta forma níveis reduzidos de conhecimento estão associados a menor autoconfiança⁴¹ e a ausência de orientações educativas padronizadas, as lacunas nos conteúdos transmitidos, a falta de tempo podem influenciar a qualidade da aprendizagem.⁴² As mães valorizam a educação que recebem e reconhecem a sua importância na capacidade de cuidarem do seu bebé.⁴² A oportunidade de acompanhamento dos cuidados sob vigilância de um EEESMO permite a consolidação da confiança.⁴² Assim, reforça-se a importância do desenvolvimento de programas parentais por serem programas estruturados de intervenção parental que interligam o apoio emocional, a aprendizagem e o fortalecimento da tríade, com aumento significativo de níveis de confiança.³⁸

Considera-se ter em conta o pai no contexto de cuidados, e não considerar apenas a mãe. O pai é importante neste processo, verificando-se cada vez mais a vontade expressa do pai em querer participar ativamente, em detrimento de ser um participante passivo.^{32,33} Há referência a que a licença parental deveria ser aumentada e que o regime de licença partilhada não seja a ideal, pois pode obrigar as mães a prescindir de parte da sua licença, e condicionar os cuidados ao recém-nascido.³³ A exclusão do pai, resultante de um comportamento materno descrito, impediu o envolvimento paterno no cuidado infantil pela crença de que o pai que não apresentava competência, influenciando assim a confiança paterna.³³ Também as crenças sociais, relacionadas com a

masculinidade, levam ao impedimento dos pais de desenvolver as atividades pós-natais.³² Compreende-se que, as normas de gênero tradicionais funcionam como barreira à autoconfiança, ao contrário de contextos que promovem a inclusão do pai nos cuidados, favorecendo o desenvolvimento de confiança.^{32,33} A preparação para a parentalidade é mais focada no papel materno³³ e a possibilidade de participação nos programas de preparação para a parentalidade, é afetada pela disponibilidade do pai, relacionada com a limitada possibilidade de faltas na atividade laboral, para poderem acompanhar a grávida.⁴⁴ Assim, a programação de cursos, administrados pelo EEESMO, para o pai, nos quais pudessem partilhar dificuldades comuns com outros pais, poderia constituir uma solução positiva no desenvolvimento da segurança e da confiança parental.³²

Conclusão

A revisão *scoping* permitiu identificar as barreiras e os facilitadores que contribuem para o desenvolvimento da confiança parental no cuidado ao recém-nascido. Considera-se importante a sua identificação, análise e discussão, uma vez que a Organização Mundial de Saúde, define como critérios de avaliação para a alta, a confiança dos pais para cuidar do recém-nascido.⁴⁵ Os resultados evidenciam que a autoconfiança parental pode ser influenciada por fatores tecnológicos, sociais, fisiológicos, educativos e profissionais/gênero, reforçando a natureza multidimensional deste processo de transição para a parentalidade. Da amostra emergiram maioritariamente barreiras maternas, existindo apenas dois artigos que individualizam o pai como participante no processo de transição para a parentalidade. Desta forma, verifica-se uma lacuna de evidência científica sobre a participação do pai neste processo, sendo interessante promover estudos sobre a autoconfiança paterna e as intervenções mais adequadas para promover o seu desenvolvimento, pelo que esta poderá constituir uma área de investigação futura.

Os resultados obtidos podem ajudar o EEESMO a desenvolver e implementar intervenções que permitam a eliminação, ou a minimização de algumas barreiras, assim como potenciar os facilitadores. A intervenção para o desenvolvimento da autoconfiança parental, não deve ser realizada somente num dos períodos da transição para a parentalidade, mas deverá ser iniciada na fase pré-natal e prolongada no pós-parto com a chegada do bebé. Esta premissa é uma necessidade, uma vez que os pais sentem que o período pós-parto é menos valorizado, no qual se sentem pouco acompanhados. A continuidade de cuidados com o mesmo EEESMO, no pré-natal e no pós-parto, pode ser um modelo interessante. Este modelo carece de análise e avaliação dos serviços de saúde, no que concerne à sua aplicabilidade, devido a constrangimentos relacionados com a disponibilidade de pessoal de saúde.

Na prática clínica, sugere-se a implementação de consultas de pós-parto, com a monitorização da avaliação da autoconfiança parental e apoio contínuo, com enfoque na avaliação de necessidades educativas e emocionais dos pais, incluindo oportunidades de aprendizagem prática. Realça-se a criação de programas digitais de apoio complementar, ainda que se considere que o recurso à tecnologia não deve ser exclusivo, e sim um meio complementar para promoção da comunicação e, consequentemente, do sucesso nas intervenções do EEESMO neste período de grande mudança para o casal. Há uma necessidade de reestruturação dos programas de preparação para a parentalidade para promover uma maior inclusão paterna, com constrangimentos devidos à atividade profissional, através da criação de sessões exclusivas para os pais durante todo o período de transição para a parentalidade.

Por fim, destaca-se a importância da formação contínua do EEESMO, dado que os resultados apontam para necessidade de desenvolvimento de estratégias educativas, com o reforço dos conteúdos de promoção da autoconfiança parental, de protocolos de uniformização e na capacitação nestas áreas, de forma a intervir de forma individualizada, centrada na família e baseada na melhor evidência científica.

Limitações do estudo

Considera-se como fator limitador da revisão *scoping* a definição metodológica de um limite temporal de publicação dos estudos, porque poderão ter sido excluídos estudos com informação relevante.

Autoria e Contribuições

RM: Conceção e desenho do estudo; Recolha, análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.

SR: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.

MHP: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.

Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Fontes de apoio / Financiamento

O estudo não foi objeto de financiamento.

Declaração sobre disponibilização dados

Compartilhamento de dados não aplicável.

Referências

1. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 2019. [Internet]. Genebra: ICN; 2019 [citado 2024 Mai 24]. Available from: <https://www.icn.ch/icnp-browser>
2. Cardoso A, Néné M. Promover o desenvolvimento das competências parentais. In: Néné M, Marques R, Batista M, editores. Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Lidel; 2016. p. 481-484.
3. Wiegers T. Adjusting to motherhood: maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. J Neonatal Nurs. [Internet]. 2006 [citado 2024 Mai 24];12(5):163-171. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2006.07.003>
4. Kralik D, Visentin K, Van Loon A. Transition: a literature review. In: Meleis AI, editor. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 72-83.
5. Manning B. Transição para a parentalidade. In: Lowdermilk D, Perry S, editores. Enfermagem na maternidade. 7ª ed. Loures: Lusociência; 2008. p. 521-556.
6. Perry P. Concept analysis: confidence/self-confidence. Nurs Forum. [Internet]. 2011 [citado 2026 Jun 11];46(4):218-230. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00230.x>.
7. Črnčec R, Barnett B, Matthey S. Karitane Parenting confidence scale: manual [Internet]. Sydney: Sydney South West Area Health Service; 2008. [citado 2025 Set 30]. 49 p. Available from: <https://plct.org.uk/wp-content/uploads/2019/01/karitane-parenting-confidence-scale-manual-copy.pdf>
8. Meleis A. Role Insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In: Meleis A, editor. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 13-24.
9. Chick N, Meleis A. Transitions: a nursing concern. In: Meleis A, editor. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 24-38.
10. Meleis AI, Sawyer L, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In: Meleis AI, editor. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 52-65.
11. Silva C, Carneiro M. First-time parents: acquisition of parenting skills. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2024 Mai 24];31:366-373. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800052>
12. Cardoso A. Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais [tese]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2011 [citado 2024 Mai 24]. 311 p. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/20745>
13. Roque S, Costa M. Preparação dos pais para o cuidar do recém-nascido após a alta: avaliação dos registos de enfermagem. Millenium [Internet]. 2014 [citado 2024 Mai 24];47:47-60. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8108/5707>
14. Ramos V, Rodrigues LB, Correia RB. Attitudes in relation to the division of labour within the family in Portugal in 2002 and 2014: changes and continuities. Sociol Probl Prat. [Internet]. 2019 [citado 2026 Jun 11];90:17-37. Available from: <https://doi.org/10.7458/SPP2019015528>
15. Carmo M, Moura T, Batista F, Rentzou K, Serra R, Batista S, Moutinho T, Prazeres V, Trikić Z. Manual parent: paternidades envolvidas e cuidadoras: da teoria à prática [Internet]. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra; 2021 [citado 2024 Mai 24]. 160 p. Available from: https://parent.ces.uc.pt/wp-content/uploads/2021/10/manualparent_cadernoteorico_V02b.pdf
16. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Igualdade de género em Portugal: boletim estatístico 2023 [Internet]. Lisboa: CIG; 2023. [citado 2024 Mai 24]. 150 p. Available from: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/12/Igualdade-de-Genero-em-Portugal_-Boletim-Estatistico-2022P1.pdf

17. Feinberg ME. The internal structure and ecological context of coparenting: a framework for research and intervention. *Parenting* [Internet]. 2003 [citado 2026 Jun 11];3(2):95-131. Available from: https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01
18. Campbell CG. Two decades of coparenting research: a scoping review. *Marriage Fam Rev* [Internet]. 2023 [citado 2026 Jun 11];59(6):379-411. Available from: <https://doi.org/10.1080/01494929.2022.2152520>
19. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde maternal e obstétrica [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2021. [citado 2024 Mai 24]. 23 p. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf
20. Peters MDJ, Marnie C, Colquhoun H, Garritty CM, Hempel S, Horsley T, et al. Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Syst Rev* [Internet]. 2021 [citado 2024 Mai 24];10:263. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01821-3>
21. Tognasso G, Gorla L, Ambrosini C, Figurella F, Carli P, Parolin L, et al. Parenting stress, maternal self-efficacy and confidence in caretaking in a sample of mothers with newborns (0-1 month). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 2024 Mai 24];19(15):9651. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159651>
22. Portugal. Regulamento nº 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República* [Internet]. 2019 mai 3 [citado 2024 Mai 24]; II Série(85):13560-13565. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
23. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). *Ann Intern Med*. [Internet] 2018; [citado 2024 Mai 24] 169(7):467-473. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
24. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, et al. Best practice guidance for scoping review protocols. *JBIM Evid Synth* [Internet]. 2022 [citado 2024 Mai 24];20(4):953-968. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>
25. Veritas Health Innovation. Covidence systematic review software [Internet]. Melbourne:Veritas Health Innovation; 2024 [citado 2024 Mai 24]. Available from: www.covidence.org
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement. *BMJ* [Internet]. 2021 [citado 2024 Mai 24];372:n71. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
27. Demirci J, Kotzias V, Bogen D, Ray K, Pines U. Telelactation via mobile app: perspectives of rural mothers, their care providers, and lactation consultants. *Telemed J E Health* [Internet]. 2019 [citado 2024 Mai 24];25(9):853-858. Available from: <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0113>
28. Perez A, Panagiotopoulou E, Custis P, Roberts R. Barriers and facilitators to mood and confidence during COVID-19 in the UK: mixed-methods synthesis survey. *BJPsych Open* [Internet]. 2021 [citado 2024 Mai 24];7(4):e107. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.925>
29. Robinson A, Davis M, Hall J, Lauckner C, Anderson A. It takes an E-village: Supporting African American mothers in sustaining breastfeeding through Facebook communities. *J Hum Lact* [Internet]. 2019 [citado 2024 Mai 24];35(3):569-582. Available from: <https://doi.org/10.1177/0890334419831652>
30. Shorey S, Yang Y, Dennis CL. Home-but not alone program (Home-but not alone): descriptive qualitative study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2018 [citado 2024 Mai 24];20(4):e119. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.9188>
31. Athavale P, Hoeft K, Dalal R, Bondre A, Mukherjee P, Gutierrez K. A qualitative assessment of barriers and facilitators to implementing recommended infant nutrition practices in Mumbai, India. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mai 24]; 39(1):7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41043-020-00215-w>
32. Finlayson K, Sachs E, Brizuela V, Crossland N, Cordey S, Ziegler D, et al. Factors that influence the uptake of postnatal care from the perspective of fathers, partners and other family members: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2023 [citado 2024 Mai 24];8(Suppl 2):e011086. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011086>
33. Shorey S, Ang L, Goh E. Lived experiences of Asian fathers during the early postpartum period: Insights from qualitative inquiry. *Midwifery* [Internet]. 2018 [citado 2024 Mai 24];60:30-35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.009>
34. Veltkamp G, Karasaki M, Broer C. Family health competence: attachment, detachment and health practices in the early years of parenthood. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mai 24];266:113351. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113351>

35. Cummins A, Griew K, Devonport C, Ebbett W, Catling C, Baird K. Exploring the value and acceptability of an antenatal and postnatal midwifery continuity of care model to women and midwives, using the Quality Maternal Newborn Care framework. *Women Birth* [Internet]. 2022 [citado 2024 Mai 24];35(1):59-69. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.006>
36. Biringer A, Morson N, Walji S, Tregaskiss N, Merritt S, Makuwaza T, et al. Recreating the village: the patient experience with a hybrid model of Group Perinatal Care (GPPC) in an academic family health team. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2024 [citado 2024 Mai 24];24(1):227. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06405-2>
37. Fisher E, Idehen A, Cárdenas L, Lounsbury D, Jasani F, Rodgers C, et al. Participant perspectives on a community health worker intervention to reduce infant mortality: a mixed methods assessment of the Bronx Healthy Start Partnership. *Matern Child Health J* [Internet]. 2025 [citado 2026 Set 30];29(1):4-11. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-024-04014-1>
38. Levi D, Ibrahim R, Malcolm R, MacBeth A. Mellow Babies and Mellow Toddlers: effects on maternal mental health of a group-based parenting intervention for at-risk families with young children. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 [citado 2024 Mai 24];246:820-827. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.120>
39. Machold C, Rinn S, McKellin W, Ballantyne G, Barrett J. Women's experiences of skin-to-skin cesarean birth compared to standard cesarean birth: a qualitative study. *CMAJ Open* [Internet]. 2021 [citado 2024 Mai 24];9(3):E834-E840. Available from: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200079>
40. Consales A, Crippa B, Cerasani J, Morniroli D, Damonte M, Bettinelli M, et al. Overcoming rooming-in barriers: a survey on mothers' perspectives. *Front Pediatr* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mai 24];8:53. Available from: <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00053>
41. Lee I. Knowledge, confidence, and educational needs of newborn care among North Korean refugee women: a descriptive study. *Child Health Nurs Res* [Internet]. 2023 [citado 2024 Mai 24];29(1):72-83. Available from: <https://doi.org/10.4094/chnr.2023.29.1.72>
42. Dol J, Kohi T, Yeo M, Murphy G, Aston M, Mselle L. Exploring maternal postnatal newborn care postnatal discharge education in Dar es Salaam, Tanzania: barriers, facilitators and opportunities. *Midwifery* [Internet]. 2019 [citado 2024 Mai 24];77:137-143. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.009>
43. White L, Kornfield S, Himes M, Forkpa M, Waller R, Njoroge W, et al. The impact of postpartum social support on postpartum mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2023 [citado 2024 Mai 24];26(4):531-541. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01330-3>
44. Portugal. Lei nº 7/2009. Código do Trabalho. *Diário da República* [Internet]. 2009 fev 12 [citado 2024 Mai 24];I Série (30):929-1029. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/7/2009/02/12/p/dre/pt/html>
45. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 2024 Mai 24]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/73dec697-c033-449c-8323-1cd04a8d8f20/content>