O parto, por mais enraizado que esteja no imaginário coletivo como um acontecimento natural e espontâneo, é profundamente dependente das estruturas sociais, políticas e organizacionais que o sustentam. Portugal, historicamente reconhecido pelos seus indicadores positivos de saúde materna, enfrenta hoje uma realidade incómoda: um aumento de partos ocorridos fora do hospital, muitas vezes de forma inesperada, alguns com desfechos graves e evitáveis. Este fenómeno não pode ser interpretado como acidente ou fatalidade; é antes o reflexo de um sistema que, apesar de tecnicamente robusto, falha em antecipar vulnerabilidades e em assegurar acessibilidade real. Como lembraria Donabedian, garantir que mãe e bebé sobrevivem não é apenas um ato clínico, é um ato de sistema, e quando a vida chega antes do hospital, o que se expõe é exatamente a distância entre a intenção política e a execução organizacional.

A reestruturação da rede de maternidades em Portugal partiu de fundamentos sólidos: concentrar equipas, aumentar casuística e garantir a presença de profissionais altamente treinados. A literatura indica que unidades com maior volume de partos apresentam melhores resultados clínicos, maior experiência acumulada e acesso permanente a recursos diferenciados (Knight et al., 2023). Contudo, uma decisão tecnicamente correta não se torna automaticamente uma decisão justa ou eficaz quando aplicada num território marcado por assimetrias geográficas. A concentração de serviços, sem planeamento territorial refinado, gerou zonas do país onde a distância entre a grávida e o hospital deixou de ser apenas um incómodo logístico e passou a ser um risco clínico. Em contextos onde o tempo de deslocação ultrapassa 30 minutos, limite já descrito em estudos internacionais como predisponente para partos não planeados no domicílio ou em ambulância, aumentam significativamente episódios de expulsão antes da chegada ao hospital (Euro-Peristat, 2024; Knight et al., 2023). Em Portugal, estes relatos multiplicam-se e, embora muitos terminem sem complicações, outros revelam fragilidades sistémicas que são incompatíveis com um país que se pretende seguro para nascer.

Este problema torna-se ainda mais visível quando analisamos o impacto nos grupos populacionais mais vulneráveis, em particular as mulheres migrantes, que representaram cerca de um terço dos nascimentos recentes. A chegada tardia ao país, barreiras linguísticas, desconhecimento dos direitos e receio de aceder aos serviços de saúde explicam porque tantas destas mulheres iniciam o acompanhamento pré-natal mais tarde do que o recomendado (World Health Organization [WHO], 2023). Esta não é uma falha individual, mas

antes um falhanço institucional de integração e acolhimento. Sem vigilância adequada, condições como pré-eclâmpsia, placenta prévia, diabetes gestacional ou restrição do crescimento fetal passam despercebidas até ao momento do parto. O resultado são episódios de urgência obstétrica súbita, muitas vezes já em fase avançada de trabalho de parto, em casa ou no carro, e um aumento claro de complicações. A mortalidade materna e neonatal, nestes casos, deixa de ser apenas um indicador clínico e transforma-se num marcador social e político: evidencia desigualdades, fragilidades na articulação intersectorial e ausência de estratégias de gestão em relação às necessidades reais da população (Euro-Peristat, 2024).

Paralelamente, observa-se a disseminação crescente de discursos que romantizam o chamado "parto natural absoluto", frequentemente desprovidos de rigor técnico e alimentados por desinformação digital. As redes sociais tornaram-se espaços onde narrativas emocionalmente apelativas competem com recomendações baseadas em evidência científica. Embora o parto domiciliário planeado, quando conduzido por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, seja seguro para mulheres de baixo risco, como demonstram estudos internacionais (Hutton et al., 2022), o mesmo não se aplica a partos improvisados, não planeados ou acompanhados por pessoas não qualificadas. O problema não é a defesa do parto fisiológico, mas a sua apropriação ideológica. Quando se promove a ideia de que o corpo sabe sempre o que fazer e que qualquer intervenção é uma forma de violência obstétrica, oculta-se o facto de que complicações como hemorragia pós-parto, distócica de ombros ou sofrimento fetal podem emergir sem aviso prévio, mesmo em grávidas saudáveis. A OMS alertou recentemente para os riscos da "epidemia de desinformação perinatal", considerando-a uma ameaça à saúde pública (WHO, 2024). Gerir saúde implica também gerir comunicação e responsabilizar a circulação de informação, uma dimensão de gestão frequentemente negligenciada.

No sistema pré-hospitalar, apesar da competência das equipas do INEM/EMIR e dos bombeiros, persistem limitações estruturais importantes. A maioria das ambulâncias não dispõe de dispositivos essenciais como incubadoras, ventilação neonatal avançada, fármacos uterotónicos de segunda linha ou instrumentos específicos para lidar com situações como distócia de ombros ou reanimação neonatal complexa. A literatura demonstra que a presença de enfermeiros com formação avançada em emergências obstétricas aumenta a estabilidade materno-fetal durante o transporte e melhora desfechos (Smith et al., 2023). Ainda assim, não é realista esperar que o pré-hospitalar substitua um bloco de partos equipado. É neste

ponto que o clássico modelo dos Três Atrasos permanece especialmente pertinente: atraso em reconhecer sinais de alarme, atraso em chegar ao hospital e atraso em receber cuidados especializados (Thaddeus & Maine, 1994; WHO, 2023). Quando o parto ocorre fora do hospital, estes atrasos acumulam-se, expondo falhas de planeamento estratégico, coordenação operacional e capacidade instalada, dimensões centrais da gestão de sistemas complexos.

Assim, a pergunta "porque ainda morrem mulheres no século XXI?" não encontra resposta nos limites biológicos do parto, mas nos limites organizacionais do sistema. Morre-se porque complicações obstétricas são tempo-dependentes; porque o acompanhamento pré-natal falhou; porque a distância foi maior do que o tempo disponível; porque o sistema não chega a todas as mulheres da mesma forma; porque a desinformação digital cria falsas sensações de segurança. Morre-se, em última instância, porque a gestão falhou, falhou na previsão, na proximidade, na comunicação, na regulação e no investimento onde ele realmente importa.

E é precisamente neste contexto que emerge o papel estrutural da Enfermagem. As enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica asseguram vigilância clínica qualificada, deteção precoce de risco, educação para a saúde, acompanhamento contínuo e humanização dos cuidados, todos os pilares reconhecidos internacionalmente como determinantes de segurança perinatal (Sandall et al., 2023). A Enfermagem Comunitária aproxima o sistema de saúde das mulheres mais vulneráveis, combatendo desigualdades que alimentam riscos. A Enfermagem de Reabilitação assegura um pós-parto funcional, promovendo recuperação física e emocional e prevenindo complicações musculoesqueléticas e uroginecológicas. A Enfermagem não é apenas uma profissão técnica; é uma força organizacional de valor acrescentado, com impacto direto em prevenção, equidade, eficiência e resultados.

Se Portugal deseja ser, de forma consistente, um dos países mais seguros do mundo para nascer, precisa de mais do que investimento tecnológico: precisa de gestão. Precisa de políticas que considerem o território, o impacto social, a multiculturalidade, a mobilidade, a literacia em saúde e a força estratégica da Enfermagem. Precisa de redes perinatais realmente articuladas, de pré-hospitalar capacitado, de combate estruturado à desinformação e de equipas comunitárias integradas. Porque quando nasce uma criança, nasce também a responsabilidade coletiva de garantir que a sua mãe vive, uma responsabilidade simultaneamente clínica, ética, social e organizacional.

Referências Bibliográficas

Euro-Peristat. (2024). *European Perinatal Health Report 2024*. European Union.

Hutton, E., Reitsma, A., & Kaufman, K. (2022). Planned home birth: A review of safety and outcomes. *Birth, 49*(1), 15–27. https://doi.org/10.1111/birt.12574

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., & Shakespeare, J. (2023). *Saving lives, improving mothers' care: Lessons learned to inform maternity care in the UK and Ireland*. National Perinatal Epidemiology Unit.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2023). Midwife-led continuity of care models for women at low and mixed risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023*(2). https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6

Smith, J., Lopez, M., & O'Neill, K. (2023). Prehospital obstetric emergencies: Improving outcomes through specialised training. *Journal of Emergency Nursing, 49*(4), 221–230. https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.09.003

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine, 38*(8), 1091–1110. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7

World Health Organization. (2023). *Improving maternal health and reducing preventable maternal deaths*. WHO.

World Health Organization. (2024). *Maternity care, misinformation and digital risks*. WHO.