



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA



CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E O EMPOWERMENT DA
MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

AUTORA

Carla Helena Santos

Santarém,
março 2018



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA



CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E O EMPOWERMENT DA
MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de mestre na Especialidade de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

AUTORA

Carla Helena Santos

ORIENTADORA

Doutora Hélia Dias

CO-ORIENTADORA

Mestre Conceição Santiago

Santarém,

março 2018

*"Ainda que os teus passos pareçam inúteis,
vai abrindo caminhos como água que desce cantando da montanha.
Outros te seguirão"*

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este relatório, quero expressar um enorme agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua realização.

Às grávidas, parturientes, puérperas, bebês e pais que assentiram serem cuidados por mim.

Agradeço às minhas orientadoras Professora Doutora Hélia Dias e Mestre Conceição Santiago pela oportunidade que me proporcionaram no desenvolvimento deste trabalho, pela disponibilidade e sábia orientação científica e técnica assim como o apoio e palavras de encorajamento durante este processo do mestrado.

A todos os profissionais com quem tive o prazer de privar durante o estágio de Bloco de Partos de Obstetrícia, com especial agradecimento à Enf.^a Isabel Vinhas pelos desafios proporcionados, enorme sabedoria, nível de exigência e rigor que fizeram de mim uma pessoa muito mais rica.

À minha chefe e colegas de trabalho que sempre me incentivaram com os seus gestos e palavras.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho.

E por fim um agradecimento muito especial à minha família, em particular ao meu marido, Sérgio, que com as suas palavras de carinho e incentivo nos momentos mais difíceis, nunca me deixou desistir. E à minha filha Ema que muitas vezes viu-se privada da minha companhia mas que foi minha intenção mostrar-lhe que a vida é um caminho sem fim na busca de conhecimento.

A todos o meu muito OBRIGADA.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

a.C. - Antes de Cristo

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

cm - Centímetros

CEE - Comunidade Económica Europeia

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPP - Cursos de Preparação para a Parentalidade

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EC - Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ICD-9-CM - International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification

TP - Trabalho de Parto

n.º - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PNVGBR - Plano Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

séc. - Século

sd - Sem data

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCF - Unidade Coordenadora Funcional

RESUMO

Rodeado de valores afetivos, emocionais, sociais e culturais, a gravidez e parto são acontecimentos marcantes na vida de cada mulher. A forma como a mulher percebe o parto tem um caráter exclusivo e todo o processo é muitas vezes rodeado de mitos e informação passada de geração em geração que podem desenvolver medos e angústias. Constata-se, cada vez mais, que as grávidas sentem necessidade de se prepararem para o parto, adquirir confiança e assumir o papel principal durante todo o processo do trabalho de parto. Os Cursos de Preparação para o Parto surgem como momentos privilegiados para a capacitação e empoderamento da mulher grávida.

Através da observação de alguns indicadores em contexto de Bloco de Partos constatou-se que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, dinamizador dos cursos, assume um papel fundamental na capacitação da mulher grávida. Com recurso à Revisão Sistemática da Literatura e partindo da questão PI[C]O "De que forma o Curso de Preparação para o Parto empodera a mulher grávida para o Trabalho de Parto", pretendeu-se analisar que tipo de empoderamento os Cursos de Preparação para o Parto oferecem à mulher grávida para o TP. Da pesquisa efetuada em bases de dados científicos (friso cronológico entre 2013-2018), selecionaram-se três artigos aplicados os critérios de inclusão e exclusão relativos à temática em análise. As evidências mostram que, efetivamente os cursos de preparação para o parto são uma valiosa fonte de informação e capacitação da mulher durante o trabalho de parto, bem como, fortalecem a autonomia e o papel da mulher durante todo o processo do parto e reforçam a importância do enfermeiro especialista neste âmbito.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres Grávidas; Curso de Preparação para o Parto; Trabalho de Parto; Empowerment; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth imply sentimental, emotional, social and cultural values and are defining occurrences in each woman's life. Women perceive childbirth in a unique way, and the whole process is often surrounded by myths and information passed down from generation to generation, which may give rise to fears and anguish. It has become increasingly more evident that pregnant women feel the need to prepare for childbirth, to gain confidence and to play the main role during the entire childbirth labour process. Childbirth Preparation Courses have emerged as special moments to prepare and empower pregnant women.

By observing some indicators in the Delivery Room, it was found that nurses specialised in maternal health and obstetrics, who organise the courses, play a fundamental role in preparing pregnant women. Through a Systematic Review of the Literature and based on the issue of PI[C]O "How the Childbirth Preparation Course empowers pregnant women for Labour", the goal was to analyse what type of empowerment the Childbirth Preparation Course offer pregnant women for the Labour process. From the research performed in scientific databases (2013-2018 timeline), three articles were selected after applying inclusion and exclusion criteria for the topic in question. The evidence shows that, in fact childbirth preparation courses provide women with a valuable source of information and preparation for labour, strengthen women's autonomy and role during the whole childbirth process and reinforce the importance of specialised nurses in this field.

KEY WORDS: Pregnant Women; Childbirth Preparation Course; Labour; Empowerment; Nurses Midwives.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	9
1 - DA INQUIETUDE À PROBLEMÁTICA	12
2 - BREVE RESENHA SOBRE A HISTÓRIA DO PARTO E DA OBSTETRÍCIA EM PORTUGAL	17
3 - PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO	21
3.1 - DEFINIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO	21
3.1.1 - Tipos de Trabalho de Parto	24
3.1.1.1 - Parto Normal	24
3.1.1.2 - Partos Distócicos	26
3.2 - PARTO HUMANIZADO	26
4 - O EESSMO NO EMPOWERMENT DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO E PARTO	29
4.1 - CONCEITO DE EMPOWERMENT	29
4.2 - TIPOS DE EMPOWERMENT	31
4.3 - OS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO ENQUANTO ESTRATÉGIA E EMPODERAMENTO	32
5 - METODOLOGIA	39
5.1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	39
5.2 - ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS	42
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7 - BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	
Anexo I - Projeto Individual de Estágio	56
Anexo II - Tabela de registo de dados através de observação	88
Anexo III - Artigos finais da pesquisa	90
Anexo IV - Fichas de leitura dos artigos finais	117

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Índice de Figuras

	p.
Figura 1 - Dimensões do Empowerment	32

Índice de Quadros

	p.
Quadro 1 - Modelo do Empowerment para a Enfermagem	33
Quadro 2 - Definições em EEESMOG pela Ordem dos Enfermeiros	34
Quadro 3 - Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O	40
Quadro 4 - Pesquisa por conjugação de descritores	41

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), constituídos por unidades funcionais, cada uma com os seus princípios e objetivos próprios, com a sua transversalidade e abrangência de cuidados, procuram dar resposta às necessidades dos indivíduos, família e comunidade.

Dada a importância dos CSP, os diversos Governos têm vindo a priorizar a reforma dos mesmos uma vez que a evidência científica internacional refere que os cuidados primários efetivos, com profissionais altamente qualificados e exercendo diretamente na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade. Também o XXI Governo tem como Missão a expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, dando início a um novo ciclo que relance um processo interrompido para a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Tem, ainda, a Visão de um SNS baseado nos cuidados de saúde primários, promotor de equidade e garantindo acesso a cuidados de proximidade, com resolutividade, continuidade, qualidade e eficiência (Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, 2016).

Numa perspetiva de obter ganhos em saúde, têm sido criados programas/projetos de forma a fazer face às necessidades da população nas várias etapas do ciclo de vida nomeadamente durante a gravidez e parto onde a mulher/casal confronta-se com inúmeras incertezas.

A gravidez e o parto constituem um período na vida da mulher e do casal caracterizado por múltiplas alterações/adaptações a nível físico, psicoemocional e social, que variam de pessoa para pessoa, de acordo com uma multiplicidade de fatores de carácter social e familiar, psicológicos, culturais e outros, requerendo alguma capacidade de adaptação e implicando necessidade de apoio por parte da equipa de saúde, constituindo por isso um momento fundamental em termos de necessidades de educação para a saúde (Domingo, 2007).

A Enfermagem, enquanto ciência e disciplina, tem sido nas últimas décadas palco de um desenvolvimento técnico e relacional sem precedentes. Os enfermeiros na qualidade de prestadores de cuidados de excelência devem, acima de tudo, procurar formar-se

continuamente na identificação e satisfação das necessidades dos seus clientes e dos seus próprios objetivos (Couto, 2002). Os enfermeiros, pertencendo a uma classe profissional privilegiada na educação para a saúde têm um papel fundamental no empowerment da mulher nesta fase de grandes expectativas e dúvidas.

Neste contexto, os Cursos de Preparação para o Parto (CPP), surgem como catalisadores da procura, por parte da mulher grávida/casal, de conhecimento e informação que possa aumentar a sua autonomia e capacitação durante a gravidez e parto, permitindo tomadas de decisão e uma participação efetiva no seu processo de saúde. Com esta mudança de comportamentos por parte das grávidas, querendo assumir um papel principal no seu parto, fazendo as suas próprias escolhas, surge a necessidade de aprofundar esta temática no contexto da área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Na frequência do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, foi realizado, entre 18 de outubro de 2015 e 9 de abril de 2016, o Ensino Clínico IV integrado na Unidade Curricular (UC): Relatório e Estágio IV - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos, que decorreu no Bloco de Partos de um Hospital de Apoio Perinatal.

Para facilitar a organização de todo o percurso desenvolvido, foi elaborado um Projeto Individual de Estágio (Anexo I), traduzindo-se numa extraordinária aquisição de conhecimentos, motivando a constante procura de novas experiências e de conhecimentos para prática especializada.

Na sequência deste período de aprendizagem, a elaboração do Relatório Individual de Estágio com os objetivos de "Refletir, de forma crítica, a experiência vivenciada e os progressos obtidos; "Refletir sobre as dificuldades sentidas no decorrer do estágio" e "Contribuir e complementar a avaliação do Ensino Clínico", permitiu responder e compreender que na excelência dos cuidados não basta desempenhar uma tarefa. É necessário justificar por que se faz e quais os resultados que se irão obter através desse cuidado. Por sua vez, foi possível constatar que os casais residentes na cidade e concelho do hospital onde foi realizado o estágio, na grande maioria, não realizaram o CPP, pois em nenhuma instituição do SNS existia a oferta do curso. A realidade passava por cursos pagos e, como vários casais transmitiram a informação que a escassez de recursos financeiros não permitiu tal frequência.

Exercendo a prática profissional nos CSP na área da Saúde da Mulher, nomeadamente nos CPP, foi crescente a inquietude acerca da importância dos mesmos na

capacitação da mulher durante o seu Trabalho de Parto (TP). Para responder a esta inquietação foi definido, no Projeto Individual de Estágio o Objetivo 9 - ***Compreender a importância da Preparação para o Parto durante o TP.*** De acordo com este objetivo preconizado, durante a realização deste estágio, foi privilegiada, entre outras áreas, a observação das parturientes durante os quatro estádios do TP, em contexto de Bloco de Partos de Obstetrícia, através de algumas variáveis, tais como: controlo do seu corpo através da respiração e concentração, diminuição da dor, os níveis de ansiedade, conhecimento das várias fases do TP, atitude interventiva no seu processo terapêutico, atitude controlada durante o 2.º estágio do TP e a participação ativa, ou não, do companheiro. Surge, então, a seguinte questão de partida:

- De que forma o Curso de Preparação para o Parto empodera a mulher grávida para o Trabalho de Parto?

Na sequência do período de ensino clínico no Bloco de Partos, surgiu a elaboração deste relatório, visando a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tendo sido definidos os seguintes objetivos:

- ✓ Desenvolver competências no âmbito da Prática Baseada na Evidência;
- ✓ Documentar o conhecimento mais atualizado sobre a temática do conhecimento especializado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- ✓ Analisar que tipo de empoderamento os CPP oferecem à mulher grávida para o TP.

Este documento encontra-se organizado em seis capítulos, procurando uma sequência e estrutura lógica de pensamento. Inicia-se com o enquadramento da situação e da questão inicial, seguindo-se um pequeno enquadramento dos conceitos centrais: trabalho de parto, Empowerment, o do papel do enfermeiro no empowerment e o contributo dos CPP neste processo de capacitação. A Revisão Sistemática da Literatura, como estratégia de pesquisa utilizada na procura do conhecimento mais atual na área em análise para a sustentação da temática abordada, surge no quinto capítulo e por fim são apresentadas as apreciações finais deste documento.

1 - DA INQUIETUDE À PROBLEMÁTICA

Face ao crescente interesse e consciencialização dos casais perante a sua participação na gravidez, trabalho de parto e parto, os profissionais da área da saúde materna e obstétrica devem acompanhar esta mudança de paradigma e conseguir dar respostas aos casais que, cada vez mais, pretendem ser os protagonistas das suas próprias histórias. A Enfermagem enquanto ciência necessita de constante desenvolvimento e atualização dos seus saberes, pois com a evolução dos conhecimentos impera a necessidade de uma adaptação, por parte dos profissionais, constante e real, suprimindo as novas exigências que vão surgindo por parte dos casais, podendo mesmo afirmar-se que “com o continuum do nosso desenvolvimento Humano, novas realidades de vivências e consequentemente novas necessidades emergem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.19).

Após ter iniciado o percurso profissional e permanecido durante dez anos em Unidades de Cuidados Intensivos, a mudança para os CSP, o confronto com novas áreas de intervenção, dinâmicas de trabalho e novos desafios surgiram como uma necessidade absoluta de conseguir proporcionar uma enfermagem de excelência para a população alvo dos meus cuidados. Nesta linha de pensamento e após seis anos a exercer funções em CSP como responsável pelos CPP, surge a necessidade de olhar para a prática questionando-a e problematizando-a, procurando respostas e uma aprendizagem contínua para melhoria dos cuidados. Esta inquietude surge após os relatos das mulheres sobre o próprio TP: têm a informação que receberam no CPP, mas ainda necessitam de muita orientação dos profissionais e não questionam toda a envolvimento dos cuidados que lhes são prestados.

Colocam-se então algumas questões: Será que toda a informação que recebem no CPP as capacita para o domínio do seu corpo e para uma maior perceção das fases do TP? Parturientes que tenham frequentado os CPP demonstram maior interesse na sua evolução clínica durante o TP? Como formadora nos CPP, é imperativo fornecer às mulheres as “ferramentas” para que possam escolhê-las e utilizá-las no decorrer do TP.

A necessidade de procura de conhecimentos na área da saúde materna surge como ponto de partida para oferecer às mulheres/casais alvos dos cuidados, ensinamentos e saberes que lhes proporcionem uma maior autonomia e capacitação para tomadas de

decisão informadas e responsáveis, tornando a experiência das mulheres, que se encontram em TP, positiva. Surge a inevitabilidade de olhar para estas mulheres, não como o objeto da mudança, mas sim como o próprio agente, que começa a ter uma noção própria das suas capacidades e que conseguirá mobilizar conhecimentos conduzindo a uma atitude proativa relacionada com a sua situação clínica.

O Ensino Clínico (EC) IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos emerge como o contexto privilegiado para a obtenção respostas às inquietações: Será o empoderamento/capacitação destas mulheres promotor de uma experiência positiva do TP? O que fazer para que estas mulheres que procuram informação e conhecimento possam, efetivamente, ter o tal protagonismo no nascimento do seu próprio filho? O EC foi realizado num Hospital de Apoio Perinatal e a realidade percebida foi a precária aderência aos cursos, pela sua inexistência no SNS naquela área. As respostas ficaram aquém do expectável, isto porque, para as mulheres terem acesso a toda a informação que necessitam durante o TP é necessário criar condições para tal. A realidade passava por cursos envolvendo custos monetários ou realizados em concelhos limítrofes. No entanto, nas grávidas observadas, que frequentaram cursos, constatou-se, claramente, a evidência de ganhos em saúde durante o TP, por exemplo: ausência de ansiedade, maior controlo do seu corpo através da respiração e concentração ou uma atitude mais controlada durante o 2.º estágio do TP.

Num período de aproximadamente seis meses, tive sob os meus cuidados 181 mulheres que se encontravam em trabalho de parto. No entanto, enquadrado no objetivo e nas atividades propostas, decorreu, no período compreendido entre 8 de fevereiro a 4 de abril de 2016, foram observados alguns indicadores relacionados com a participação da mulher em TP e parto, durante a prestação de cuidados a 44 parturientes. Destas parturientes apenas 9 frequentaram o curso e a título particular. A observação destas parturientes foi realizada durante o 1.º e 2.º estágio do TP, com as seguintes variáveis: controlo do seu corpo através da respiração e concentração, diminuição da dor, ansiedade, conhecimento das várias fases do trabalho de parto, atitude interventiva nos seus cuidados, atitude controlada durante o 2.º estágio do TP, presença do companheiro e tipo de parto. (Anexo II)

Na análise dos indicadores observados, pode anuir-se, empiricamente, que as suas atitudes mais participativas e autónomas durante estes períodos culminaram em comportamentos de maior controlo e menor ansiedade. Uma das parturientes, inclusive, mencionou maior limiar de tolerância à dor. É de referir, igualmente que, destes nove TP,

apenas um culminou em parto distócico. Todas as parturientes observadas demonstraram um maior domínio do seu corpo, através das técnicas respiratórias, concentração e relaxamento durante o 1.º estágio do TP. No entanto, numa parturiente observou-se um descontrolo emocional no 2.º estágio, sendo que, o companheiro encontrava-se presente mas não foi participativo. Observou-se, igualmente, uma maior participação nos cuidados prestados (sete parturientes) através de questões realizadas aos profissionais de saúde, bem como tomadas de decisão confiantes e assertivas, nomeadamente, a utilidade do enema de limpeza, o facto de haver estudos sobre a contra-indicação/importância da alimentação e hidratação oral durante o TP (neste hospital as parturientes apenas tinham acesso a cubos de gelo para hidratação oral), questões relacionadas com a ocitocina e por que era administrada nesse momento do TP.

Mas onde poderão as grávidas/casal ter acesso a toda a informação que procuram e necessitam para a sua emancipação no próprio trabalho de parto? Os CPP surgem como momentos privilegiados, onde adquirem informação fidedigna, onde expõem as suas angústias e medos, sendo o enfermeiro um elemento crucial na promoção de confiança e conhecimento fundamentais para que as grávidas/casais consigam, para além de vivenciar uma gravidez saudável, experienciar um TP controlado. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) surge com as suas competências específicas, emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) onde refere que o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (competência H2.1) e cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP (competência H3.1).

Neste âmbito, o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídos por várias unidades funcionais, nomeadamente as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que incluem, na sua carteira de serviços, os CPP. As UCC têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde; visam prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde. Perante esta missão, os "casais grávidos" surgem como alvo dos cuidados que são prestados nestas unidades funcionais.

Havendo uma necessidade cada vez mais emergente dos casais na procura de informação, quer esta informação seja informal (livros, revistas, partilha de informação

com outros casais e de geração em geração) ou formal (recorrência aos profissionais de saúde). Todavia, a informação ainda carrega uma panóplia de mitos e tabus que são passados de geração em geração, sendo a informação concreta e fidedigna transmitida pelos profissionais de extrema relevância e os CPP emergem como fonte de busca de conhecimentos fidedignos científicos e práticos, tal como no estudo realizado por Couto (2006), onde se concluiu que o conhecimento sobre todo o trabalho de parto torna-se essencial para tornar a mulher mais segura perante os eventos do processo, uma vez que por meio das informações recebidas, esta sente-se mais familiarizada com o contexto vivenciado. O mesmo estudo diz-nos que as grávidas que frequentaram os CPP apresentaram-se mais calmas e com maior tranquilidade durante o TP, assim como um maior conhecimento sobre os procedimentos, tais como: respiração, relaxamento e posicionamento.

Pereira (2016) refere que os CPP constituídos por aulas lecionadas a grupos de casais privilegiam a partilha de ideias e dúvidas, sendo esta troca de experiências uma possibilidade da percepção do individual no coletivo. As intervenções do programa de preparação para o parto têm o intuito de preparar as mulheres e acompanhante para o trabalho de parto e ensinar-lhes estratégias naturais de alívio da dor e conforto ao longo do TP.

Os CPP surgem, também, como momentos privilegiados de promoção da saúde para a capacitação/empoderamento da mulher durante todo o seu processo de gravidez e parto. Santos (2007), refere que a educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos para que consiga potenciar a percepção individual de competência, felicidade pessoal e valor próprio. Também a mesma autora refere a Carta de Ottawa (OMS, 1986) onde se preconiza que “(...) a promoção da saúde favorece o desenvolvimento pessoal e social enquanto proporciona a informação e educação para a saúde e fomenta as atitudes indispensáveis à vida (...)”.

Empiricamente, pode-se assentir que as informações transmitidas nos CPP poderão ajudar a mulher a ser a protagonista do seu próprio TP, sendo que, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”, sendo o “fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.14).

Perante a descrição realizada surge uma questão fundamental: Será o Curso de Preparação para a Parentalidade um elemento fundamental no empoderamento/capacitação

da grávida durante o seu Trabalho de Parto? Torna-se pois apropriado, que a inquietude emergente desta temática seja fundamentada numa lógica de Prática Baseada na Evidência.

Para tal, pretende-se que a pesquisa assente em três conceitos teóricos fundamentais: Trabalho de Parto, Empoderamento/Capacitação e Cursos de Preparação para a Parentalidade.

2 - BREVE RESENHA SOBRE A HISTÓRIA DO PARTO E DA OBSTETRÍCIA EM PORTUGAL

Historicamente, o parto era visto, essencialmente, como um acontecimento da esfera feminina onde as mulheres eram as únicas protagonistas.

Para perceber a evolução e o impacto que o parto teve na sociedade e na própria mulher/casal remontamos à Era do Gelo, no Paleolítico Inferior onde as mulheres pertenciam à comunidade e era desconhecido o pai da criança. O TP e parto aconteciam em situação de isolamento e sem qualquer tipo de apoio. Segue-se, então, o Paleolítico Superior com o aparecimento do Homo Sapiens e do Cromagnon iniciando-se um sistema social mais complexo e onde surge a linguagem. As mulheres começam a ter parceiro fixo e o parto é assistido por magos, familiares ou parteiras. No Neolítico, os partos começam a ser atendidos pelas parteiras ou mesmo pelo marido. Na Idade dos Metais, 5000 a 4000 antes de cristo (a.C.) onde já existia vida rural e urbana estratificada, os partos eram assistidos por parteiras, nas cidades, e nas zonas rurais pelo marido, que tinha experiência em realizar os partos dos animais. Entre 4.000 a.C. ao séc. V, os nascimentos eram realizados por parteiras empíricas com a parturiente em posição vertical apoiada em tijolos, no colo do marido ou em pessoas da comunidade treinadas para a situação. Os partos eram realizados em casa. A atividade de parteira começa a ser regulamentada desde o séc. XVI, sendo esta obrigada a submeter-se a um exame perante o Físico da cidade e, caso fosse aprovada, era-lhe concedida uma certidão, indispensável para se apresentar na câmara, prestar juramento e só depois iniciar a sua profissão (Carneiro, 2003).

A história da obstetrícia tem a sua origem por volta de 1750, quando a “arte de partejar” deixou de ser assente na tradição e experiência das parteiras, sendo convertida numa categoria da cirurgia. Velpeau, em 1835, intitula-a como a “ciência do parto”, convertendo-se, nos finais do século XIX, em especialidade médica (Barreto, 2007). Esta ciência surge em Portugal em 1772, após a reforma da Universidade de Coimbra e da Faculdade de Medicina (Carneiro, 2003).

Treinados em obstetrícia, os cirurgiões assumem o controlo do nascimento baseando-se na ideia de que o parto era mais do que um fenómeno controlado pela natureza, era um evento fisiopatológico (Barreto, 2011). No entanto, as feministas

apresentam uma opinião contrária: “ ... os médicos ao conquistarem as salas-parto, procuraram destruir a tradição dos rituais femininos com a medicalização, criticada por causar interferência desnecessária e nociva no processo natural...” (Moreira, 2014 citando Rezende 2002, p.20).

Foi no séc. XVIII que começaram a ser publicados os manuais portugueses de obstetrícia apontando uma necessidade na instrução dos cirurgiões e essencialmente das parteiras (Barreto, 2007). No entanto, esta literatura era distinta: erudita para os médicos e de vulgarização para as parteiras (Barreto, 2011 citando Gélis, 1988).

É em 1780 que Pina Manique sustenta a ideia de qualificar os profissionais da cirurgia e obstetrícia, tirando Portugal da ignorância, numa carta endereçada à Rainha. Em 1820, estabelece-se que "os empregados da saúde são os médicos, cirurgiões, boticários e parteiras", não permitindo que outras artes de curar pudessem ultrapassar estas que já tinham resistido a uma panóplia de transformações nessa arte. Com os médicos e os cirurgiões a serem formados nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e no Porto e pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 1836, dá-se a rutura do modelo da parteira simplesmente examinada, para a integração destas escolas, onde era ministrado um "curso de parto". Foi com o aparecimento destas estruturas escolares que surge a confirmação do poder médico. Com o parto cada vez mais medicalizado, através da prática cirúrgica, a parteira, em posição subalterna, era vista como recurso económico em meios sociais ou zonas geográficas menos aliciantes para os médicos ou enclausurada nos hospitais com custos organizacionais mais baixos, trabalhando em equipas chefiadas por cirurgiões-parteiros, com perda de visibilidade profissional (Carneiro, 2003).

Surge em 1865 o "Regulamento para as Casas de Parto", onde as mulheres poderiam parir sob auxílio das parteiras, trabalho que exerciam para além do domicílio. No entanto, este regulamento vem estabelecer algumas regras para a sua abertura e o seu funcionamento. A cadeira de parto (utensílio essencial identificativo da parteira), respeitante das posições tradicionais assumidas no trabalho de parto, era de uso obrigatório para as profissionais legalizadas. Todavia, com a medicalização, o uso da cadeira ficou desatualizado, remetendo a parturiente para a cama em decúbito dorsal, posição mais conveniente ao obstetra (Carneiro, 2003).

É no final do séc. XIX que os cuidados de saúde materna e infantil, considerados, até então, um sub-setor dos serviços de saúde, começa a estruturar-se, onde a operacionalização hospitalar surge com soluções mais racionais para os problemas existentes. Segundo Carneiro (2003), é no início do séc. XX, que na reorganização de

poderes e saberes e na redistribuição de papéis, surge a designação de "enfermeira-parteira". Dentro do novo paradigma profissional, sendo mais centrado na organização hospitalar, surge uma interdependência no trabalho levando à constituição de equipas coordenadas por médicos que delegavam funções para a prática dos cuidados de enfermagem. Foram nestas equipas que as enfermeiras-parteiras tiveram a sua integração. Competia à parteira realizar o diagnóstico sobre a evolução do trabalho de parto e parto decidindo chamar ou não a equipa cirúrgica. No entanto, esta decisão esteve sempre envolta de grande subjetividade na decisão de intervenção instrumental, resultando na indefinição da delimitação do ato médico. Neste contexto, a identificação da parteira com a enfermagem acaba por alargar as suas funções. Pode dizer-se, então, que o processo de medicalização do parto culminou no início do séc. XX com a consolidação do ramo obstétrico. Com a junção de saberes em enfermagem, as competências da parteira eram alargadas e com a proximidade à mulher e à criança e o trabalho ao domicílio, que ainda fazia, apesar dos esforços médicos para a hospitalização do parto, poderia tornar-se uma educadora sanitária junto das famílias. A prestação de cuidados pré e pós natal fazem da parteira um elemento chave na prevenção da mortalidade e morbilidade materno-infantil.

Surge, então, nos finais dos anos 40, uma nova geração de parteiras as “enfermeiras puericultoras”. A integração da atividade de parteira na enfermagem foi reconhecida como especializada. Em 1955 eram denominadas de enfermeiras-parteiras puericultoras. A partir da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 47884 de 31 de agosto de 1967 a formação passou a fazer parte das Escolas de Enfermagem oficiais ou particulares, sendo criado o Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem. Na revolução política de 1974, foram surgindo modificações no caminho que conduziram às recentes formações, isto é, com a entrada em funcionamento do Curso Superior de Enfermagem a formação em obstetrícia passou a ter a designação de Curso Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, a formação e atividade das parteiras passaram a ser regidas por Diretivas Comunitárias. Sendo assim, surgiu a necessidade de uma enfermagem especializada, com formação técnico-científica adequada para acompanhar e prestar cuidados à grávida, parturiente e puérpera com autonomia nessa assistência fazendo parte de uma equipa multidisciplinar (Martins, 2011).

Em 1998, surge a criação a Ordem dos Enfermeiros, como Associação de Direito Público para a regulamentação e fiscalização do exercício profissional da Enfermagem em Portugal. Em 2008 surge a criação do colégio da especialidade de enfermagem de saúde

materna e obstétrica, e em 2010 é emanado o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, definindo a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a cliente beneficiária dos cuidados desta especialidade, nas seguintes áreas: Planeamento Familiar e Pré-concepcional, Gravidez, Parto, Puerpério, Climatério, Ginecologia e na Comunidade.

3 - PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO

O impacto emocional da notícia da gravidez pode evidenciar uma panóplia de emoções e sentimentos muitas vezes ambíguos, desde a extrema alegria até ao medo (Marques, 2016).

Sendo a gravidez um processo natural, é ainda vivenciada e rodeada de muitos tabus havendo, para além de todas as mudanças físicas, as alterações psicológicas, os medos do parto, da responsabilidade e do desconhecido.

Estes medos e alterações que são experienciados, não só pela grávida, mas pelo casal, tornam-se reveladores da importância de uma boa preparação e da aquisição de uma panóplia de informação para que o TP se revele, não um momento de sofrimento, mas sim de partilha e alegria. "É essencial proporcionar conhecimentos geradores de capacidades e habilidades que levem os pais a assumir comportamentos facilitadores do seu papel" (Santos, 2007, p.7).

3.1 - DEFINIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO

Culturalmente "parir" ainda é sinónimo de dor, tendo esta dor, por base, não só fatores anatómicos fisiológicos, mas também fatores de ordem histórico-culturais. Surge, então, a ansiedade e o medo relacionado com a dor de parto (Santos, 2007).

De acordo com o estudo realizado por Couto (2002), o parto simboliza o nascimento de um filho, mas também a realização da mulher, momento ao qual é associado medo e ansiedade.

Segundo Graça (2010), o trabalho de parto define-se como, a existência de contrações uterinas rítmicas e dolorosas, cada vez mais frequentes e mais intensas, com repercussão a nível do colo uterino, em termos de extinção/dilatação e evolução da apresentação nos planos de Hodge, que leva ao nascimento do recém-nascido. Também para Fatia & Tinoco (2016, p.308) o trabalho de parto surge como "um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção

cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior."

Ainda não é possível clarificar o mecanismo exato que ocorre para iniciar o TP. Kota *et al* (2013) referem que para o parto acontecer, devem ocorrer duas mudanças no sistema reprodutor feminino: o útero deverá passar de uma estrutura quiescente com contrações dessincronizadas para um órgão com contrações ativas e coordenadas; a segunda alteração prende-se com a capacidade de dilatação do tecido cervical e do músculo liso permitindo a passagem do feto. Num estudo realizado por Menzies *et al* (2012), observou-se que o início do TP está associado a uma inflamação do miométrio e do colo uterino pela presença de células mastócitos provocando inflamação alérgica e não alérgica podendo induzir as contrações (Canuto, 2014).

Segundo Fatia & Tinoco (2016) o trabalho de parto divide-se em quatro estádios e considera-se o seu início (**Primeiro Estádio**) com a instalação de contrações uterinas regulares acompanhadas de sensação dolorosa, em frequência e intensidade concomitantemente com a extinção cervical, terminando com a dilatação completa. Este estádio foi dividido por Friedman em fase latente e fase ativa. Na fase latente o apagamento e a dilatação (dos 0 aos 4 cm) são de progressão lenta e nas nulíparas pode decorrer durante mais de 6 horas, seguindo-se a fase ativa que vai dos 4 aos 10 cm de dilatação. O colo que é formado por um canal cervical fechado, durante o apagamento é substituído por um simples orifício circular limitado por uma estrutura cervical fina. Nas nulíparas, quando se dá o apagamento total inicia-se o período de dilatação. Nas múltíparas, de uma forma geral, o apagamento e a dilatação fazem-se em simultâneo. A partir dos 4 cm de dilatação, o colo vai ficando mais reativo às contrações uterinas. Esta dilatação é devida ao "repuxamento ascendente das fibras musculares do colo, provocado pelas contrações uterinas fortes" (Lowdermilk & Perry, 2002, p.224). Os mesmos autores referem que a pressão exercida pelo líquido amniótico ainda com as membranas íntegras ou a força exercida pela apresentação são fatores que favorecem a dilatação do colo uterino.

O **Segundo Estádio** ou período expulsivo inicia-se desde a dilatação completa do colo até ao nascimento do feto. Nesta fase, as contrações da musculatura do diafragma e da parede do abdómen, associadas às contrações vão comprimir o útero de cima para baixo e de frente para trás. A duração deste estádio é condicionada por diversos fatores: a eficácia das contrações, a analgesia, condição física e emocional da parturiente, a sua posição, paridade e adequação pélvica no TP, tamanho, apresentação e situação do feto e o apoio

recebido pelos profissionais de saúde que acompanham o TP. Esta fase pode variar entre poucos minutos até 3 horas (Fatia & Tinoco, 2016).

Relativamente ao **Terceiro Estádio** ou dequitação, os mesmos autores dizem que decorre desde a expulsão do feto até à saída da placenta. Com a diminuição súbita do tamanho do útero e as contrações após a saída do feto provocam uma redução da área de implantação da placenta provocando um espessamento da mesma, levando à rutura das vilosidades com formação de um hematoma retroplacentar e posterior expulsão. Esta expulsão dá-se primeiramente pela separação da placenta da parede uterina e a sua descida para o segmento inferior do útero e/ou vagina e de seguida a sua saída através do canal de parto. Existem dois mecanismos de descolamento da placenta: Duncan e Schulze (Fatia & Tinoco, 2016).

Sobre o **Quarto Estádio** ou puerpério imediato, os mesmos autores acima citados, referem que este corresponde à primeira hora após a saída da placenta, sendo um período crítico no processo hemostático. Os processos que decorrem neste período (Miotamponamento e trombotamponamento) tornam-se essenciais para não ocorrem grandes hemorragias. Torna-se de extrema importância a avaliação do útero através da palpação abdominal.

O TP é influenciado por cinco fatores essenciais. São estes: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações, a posição da mãe e as reações psicológicas. Os fatores relacionados com o feto dizem respeito ao tamanho e forma da cabeça, apresentação, situação fetal, a atitude e a variedade. Relativamente ao canal de parto, a pelve materna varia em tamanho e forma. Os diâmetros do estreito superior da bacia, escavação pélvica e o estreito inferior determinam a viabilidade do canal de parto assim como a forma pela qual o feto irá descer através dele. As contrações voluntárias e involuntárias combinam-se para a expulsão do feto e da placenta (Lowdermilk & Perry, 2002).

No entanto, esta é apenas uma perspetiva fisiológica do trabalho de parto. Segundo Moreira refere que "...é o momento, onde desembocam todas as vivências anteriores da gravidez, expectativas, ansiedades, medos e apreensões" (Couto 2006, p.62). O parto é uma experiência tão marcante na vida de uma mulher que os sentimentos, as situações vivenciadas são lembradas com o mínimo de detalhes (Janeiro 2015).

Assim sendo, o parto e em especial o do primeiro filho tem um impacto, negativo ou positivo, que permanece durante toda a vida. A potencialidade dos benefícios ou danos psicológicos está presente em cada parto e, por esse motivo há mais envolvido neste processo do que a saúde e a integridade física da mãe e do bebé. Durante o processo do

parto, a mulher é confrontada com o seu próprio nascimento além de nascer como mãe (Lopes *et al*, 2005). De acordo com os mesmos autores e referindo-se a Fisher & Cols (1997), a experiência do parto poderá ser influenciada também por procedimentos obstétricos, os cursos de preparação para o parto e a história obstétrica anterior, assim como o desfecho de uma gravidez anterior.

Importa salientar que o nascimento de um filho é, provavelmente, um dos acontecimentos mais marcantes na vida da mulher/casal. Apesar do TP ser um acontecimento psicologicamente aceite pela grávida, socialmente está intimamente ligado à dor e ao desconforto, gerando sentimentos de medo e ansiedade mais evidentes com a finalização da gravidez. É, por isso, importante que a grávida tenha noção, não só dos seus limites físicos, mas também psicológicos, criando uma expectativa real do seu TP. Nesta linha de pensamento, urge o interesse em passar o protagonismo do TP para a grávida/casal, aumentando a sua confiança e segurança traduzindo-se na capacidade de autocontrolo e respondendo aos seus "comandos fisiológicos" (Pedro & Oliveira, 2016).

3.1.1 - Tipos de Trabalho de Parto

O tipo de parto irá sempre depender da evolução do TP. Segundo Rodrigues (2016) o tipo de parto é definido pela via de parto: Abdominal (alta) ou Vaginal (baixa). Os partos por via vaginal poderão ser eutócicos/normais ou distócicos no caso de ter de se recorrer à instrumentação seja por ventosa, fórceps ou ambos ou em situação em que a apresentação se encontre pélvica.

3.1.1.1 - Parto Normal

Rodrigues (2016) refere que existem várias definições do conceito de "parto normal" emanadas pelas entidades idóneas e reguladoras dos profissionais da área da Obstetrícia.

Segundo a ICD-9-CM um parto só pode classificar-se como normal quando requereu assistência mínima ou não precisou de assistência, com ou sem episiotomia, sem manipulação fetal ou instrumentação, que foi espontâneo, de apresentação cefálica, vaginal, e que teve como produto uma criança viva, única e de termo. A negação de qualquer destas premissas ou de um procedimento de manipulação, fórceps, cesariana classificam um parto como distócico

(ACSS, 2012). Também Rodrigues (2016) refere a definição de parto normal da Confederação Internacional de Parteiras (Internacional Confederation of Midwives) como sendo um parto natural na sua essência: um processo dinâmico em que o TP se inicia, desenvolve e termina com o nascimento espontâneo de um feto de termo e em posição de vértice, sem qualquer intervenção (farmacológica, cirúrgica ou médica), em que se assiste e respeita a fisiologia materno-fetal, no seu contexto psicossocial. No seguimento desta definição, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) acrescenta uma condição essencial: que a mãe e o recém-nascido se encontrem saudáveis.

No mesmo documento, a OMS elabora a Classificação das Práticas Comuns Na Condução do Parto Normal, dividindo-as em categorias:

- Categoria A - práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas;
- Categoria B - práticas que são consideradas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser abandonadas;
- Categoria C - práticas que são utilizadas, porém necessitam ser melhoradas;
- Categoria D - práticas frequentemente utilizadas, porém inapropriadas, causando mais dano que benefício.

O parto normal é definido pelos seus aspetos positivos, como sendo o mais fisiológico, mais saudável, mais emocionante e satisfatório para a mulher, tornando-se no parto ideal. Contudo, vários são os médicos que referem insegurança e imprevisibilidade, no seu ponto de vista, quando afirmam que durante o parto normal nunca se sabe o que irá acontecer (Canuto, 2014 citando Chacham, 2006).

Em Portugal, foi emitido, em 2012, um documento - Pelo Direito ao Parto Normal - uma Visão Partilhada - elaborado por um grupo de Peritos e subscrito pela Direção Geral da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, em que acrescentam à definição do parto normal situações cujo ocorra algum grau de intervenção não rotineira, desde que seja justificada e com suporte pela evidência científica (rutura artificial de membranas, episiotomia, monitorização fetal contínua e administração de fármacos. Surge, também neste documento, uma nova definição - "parto natural assistido" - em que é assistido por um profissional de saúde (Rodrigues, 2016).

Em Portugal, no ano de 2016 nasceram 85 444 crianças sendo que, apenas 48,6% (41 492) foram partos eutócicos (PorData, 2016).

3.1.1.2 - Partos Distócicos

O parto distócico é classificado em três categorias distintas: o parto pélvico vaginal, o parto vaginal instrumentado e a cesariana. Será então o parto vaginal distócico quando a extração do feto é feita com recurso a dispositivos instrumentais (fórceps e ventosas) (Rodrigues, 2016).

A apresentação pélvica consiste na situação longitudinal do feto onde as nádegas são a parte que se apresenta ao encravamento. Existem quatro modos possíveis: pélvico completo, pélvico incompleto modo nádegas franco (com pernas estendidas), pélvico incompleto modo pés e pélvico incompleto modo joelhos (Rodrigues, 2016).

Os fórceps e as ventosas poderão ajudar a minimizar as complicações do TP prolongado sendo as indicações para a sua utilização o período expulsivo prolongado ou a necessidade de o abreviar e a suspeita de sofrimento fetal (Graça, 2010).

Relativamente às indicações para a realização de cesariana deve-se com a impossibilidade ou contra-indicação na realização de um parto vaginal, incluindo as que constituem um risco de vida para a mãe e para o feto (Graça, 2010).

Os dados portugueses disponíveis apontam para uma taxa de partos distócicos de 51,4% (43 952), no ano de 2016, dos quais 64,3% (28 273) dizem respeito a cesarianas (PorData, 2016).

3.2 - PARTO HUMANIZADO

Humanizar o parto não significa haver ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher a protagonista do seu trabalho de parto e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios (Medinas *et al*, 2010). Na sequência, os mesmos autores, referem que, a humanização dos cuidados deve ter por base o respeito pela dignidade das mulheres, pela sua autonomia e pelo seu controlo de forma a permitir a criação de laços familiares mais fortes e conseqüentemente, um início de vida com boas condições físicas e emocionais para o bebé, sendo estes, o principal foco de atenção.

Leitão (2010) refere que a mulher ao ser internada sofre frequentemente uma sensação de perda de controlo da situação, não podendo prever nem determinar o próximo passo. Quando entra em trabalho de parto, a parturiente depende, na grande maioria, das informações que são fornecidas pela equipa de saúde. Tal como outro utilizador de um

serviço de saúde, a mulher em trabalho de parto, tem o direito de tomar decisões informadas e esclarecidas sobre os procedimentos a que é sujeita e a forma como é sujeita.

No que diz respeito à preparação física em parturientes de baixo risco, algumas instituições ainda procedem com rotinas e procedimentos cujo benefício não está demonstrado: tricotomia perineal, clisteres, restrição de alimentos e água, administração de fluidos endovenosos, entre outros (OE, 2012).

A antiga recomendação do jejum durante o trabalho de parto devia-se à preocupação do risco de aspiração do conteúdo gástrico numa eventual anestesia geral, no entanto, atualmente, é rara a necessidade de uma anestesia geral durante um trabalho de parto, especialmente em grávidas de baixo risco (Porto *et al*, 2010). Para mulheres que estão no início do seu trabalho de parto e se desejam comer, estando em jejum obrigatório, pode causar uma má progressão (Wei *et al*, 2011). Segundo a OMS (1996) referida por Marques (2013) diz que a mulher em TP refere não sentir necessidade de comer, mas sim de ingestão de líquidos.

De acordo com a OE (2013), a restrição hídrica durante o trabalho de parto ainda é prática adotada pela maioria das instituições, sem que este seja um desejo das parturientes, sendo que poderão ingerir líquidos claros em pequenas quantidades. Inerente a esta restrição de líquidos e alimentos durante todo o trabalho de parto, aumenta a necessidade de hidratação endovenosa de rotina, a qual não traz benefícios comprovados e, citando a OMS (1996), o uso excessivo de soluções intravenosas sem sódio pode levar à hiponatremia materna e conseqüentemente do feto (Marques, 2013). Também Porto *et al* (2010), diz que a infusão de soro glicosado não deverá ser feita de forma rotineira com o objetivo de prevenir a hipoglicemia neonatal, pois poderá ter efeito adverso devido à estimulação da produção de insulina pelo pâncreas fetal. A infusão de líquidos só deve ser feita para situações específicas, tais como, hipotensão, emergências hemorrágicas e uso de analgesia.

A tricotomia, segundo Porto *et al* (2010) é um procedimento que se realiza antes do nascimento, acreditando que reduzia o risco de infecção no caso de laceração do períneo espontânea ou em caso de episiotomia, para além de facilitar a sutura. No entanto, a tricotomia acarreta efeitos adversos, uma vez que as lacerações, devido à raspagem favorecem as infecções, provocando incómodo à mulher aquando do crescimento dos pelos e não sendo uma prática defendida pela OMS.

O uso de enemas, durante o trabalho de parto, é uma intervenção que traz desconforto à parturiente. Esta prática tem sido realizada com base na teoria do reto vazio

facilita o parto, reduz a contaminação fetal durante o nascimento e reduz a infecção materna e neonatal (Porto *et al*, 2010). Também Marques (2013) nos diz que a assepsia é mais fácil manter se as fezes forem sólidas, caso a mulher evacue no momento do parto, devendo ser alvo de um comportamento de descrição por parte do profissional que esteja a realizar o parto. Torna-se importante o enfermeiro perceber o hábito intestinal da grávida e avaliar se há realmente necessidade de realizar o enema, com a concordância da mesma.

Os cuidados com qualidade e humanizados dependem, além de outros fatores, da organização de rotinas, com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias (Santos *et al*, 2012).

Osava (2003) citado por Fialho (2008) refere que no parto humanizado, a mulher reencontra a sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a assistem. Segundo esta autora, os principais aspetos da humanização seriam o ato de tratar bem e atender as necessidades da parturiente através de uma comunicação interativa. Segundo Fialho (2008) “Humanizar é promover assistência de qualidade à parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebé” (p.14), para que o casal consiga vivenciar todo este processo mais feliz e tranquilo.

Todos estes procedimentos são muitas vezes realizados sem ser questionada a vontade da mulher, olhando-a como parte passiva do processo do TP. Deve-se olhar a mulher, ouvir e respeitar a sua individualidade, valorizando-a. A nova recomendação da OMS, sobre nascimento e partos, emitida a 15 de Fevereiro de 2018, refere que muitas mulheres preferem um nascimento natural e confiam nos seus corpos para parir sem a intervenção médica desnecessária, havendo a preocupação de incluir a mulher na tomada de decisão sobre os cuidados que recebem. (OMS, 2018)

4 - O EEESMO NO EMPOWERMENT DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO E PARTO

4.1 - CONCEITO DE EMPOWERMENT

Historicamente, a construção do empowerment ou empoderamento e seus diversos sentidos advêm de várias origens. O empoderamento tem raízes nas lutas pelos direitos civis, principalmente no movimento feminista, assumindo significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, ao aumento de informação e percepção, buscando uma participação real e simbólica que possibilite a democracia (Baquero, 2001 citado por Kleba & Wendausen, 2009).

O empowerment é um conceito complexo que congrega noções de distintos campos de conhecimento. Segundo a OMS (1984) citado por Martins *et al* (2009, p.685), “o empoderamento e a participação social são conceitos que fazem parte do campo de ação da promoção da saúde, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde.” Também de acordo com a mesma instituição, o empowerment “é um processo contínuo, no qual os indivíduos e/ou comunidades adquirem confiança, autoestima, compreensão e o poder necessários para articular as suas preocupações, seguros que essas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente ganharem controlo nas suas vidas” (OMS 2001, p.10).

Riger (1993) refere que “uma imagem do indivíduo “empowered” (com poder) como sendo aquele que é comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (Carvalho 2004, p.1090).

O empowerment deve abordar o indivíduo, a família e o meio ambiente, pois mais do que partilhar informações e induzir determinados comportamentos, este deve procurar apoiar pessoas e coletivos a realizarem as suas próprias análises, para que tomem as decisões que considerarem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade (Carvalho, 2004).

Na Promoção da Saúde, empowerment "é referido como um processo através do qual a pessoa obtém maior controlo sobre decisões e acções que afectam a sua saúde" (Ramos 2003, p. 31)

Nesta perspetiva, o cidadão situa-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, sendo ele o elemento principal. O modelo apresenta como questão principal o exercício positivo do poder na construção de uma cidadania participativa. Numa sociedade existe todo um conjunto de características das redes sociais que, facilitando o benefício mútuo, nos fazem sentir integrados na mesma. Surge na promoção da saúde o conceito de empoderamento, que segundo Rappaport referido por Chinman e Linney (1998), define-se pela forma como as pessoas têm controlo sobre as suas vidas através da participação ativa, enfatizando os seus pontos fortes em detrimento das suas fraquezas, o conhecimento da diversidade cultural e o uso de linguagem demonstrativa desses ideais.

Empoderar é a ação que se encontra no centro da Promoção da Saúde, sendo esta um processo cujo objetivo é fornecer às pessoas informações e conhecimentos das suas capacidades pessoais (genéticas, físicas e psíquicas), para que consigam rentabilizar-se a si próprios, aumentando o controlo sobre os determinantes da sua saúde, melhorando-a, assim como a sua qualidade de vida (Teixeira, 2002). Sendo a Educação para a Saúde não mais que uma estratégia da Promoção da Saúde, a educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos, que consiga potenciar a perceção individual de competência, felicidade pessoal e valor próprio, quando a escolha é adotar e manter estilos de vida saudáveis (Santos, 2007).

Enquanto fatores essenciais ao empoderamento, a participação do cidadão e a possibilidade da tomada de decisão na área da saúde, assumem uma importância extrema garantindo o desenvolvimento do controlo e da responsabilidade dos cidadãos, sobre a sua saúde e da comunidade (Santos, 2012).

O incremento do poder (empowerment) dá-se pelo desenvolvimento de habilidades e atitudes que conduzem à aquisição de poder do sujeito ativo para atuar em prol de sua saúde individual e coletiva. "É o processo contínuo de capacitar os indivíduos e grupos para melhorar as capacidades para analisar criticamente as situações e tomar medidas para melhorar as situações" (Pereira & Bento 2011, p.476).

O facto da mulher se tornar mãe, faz com que se torne ativamente envolvida no processo de procura de cuidados ao longo da gravidez e de conhecimentos acerca do parto, cuidados ao recém-nascido, amamentação, entre outros. Tornar-se mãe é, portanto, empoderar-se para ser mãe (Silva, 2014).

4.2 - TIPOS DE EMPOWERMENT

Teixeira (2002), citando Wallerstein & Bernstein (1994), define três tipos de empoderamento:

- Empoderamento individual ou psicológico, referindo-se à habilidade do indivíduo nas tomadas de decisão e ao controle sobre a sua própria vida. Este tipo de empoderamento combina a eficiência e competência pessoal, sentido de domínio e controle e um processo de participação para influenciar instituições e decisões;
- Empoderamento organizacional quando se refere ao controle democrático onde cada membro partilha a sua informação e poder. Utiliza um processo comparativo de tomar decisões e está envolvido em aumentar os esforços em direção a uma meta definida;
- Empoderamento comunitário, onde indivíduos e organizações aplicam as suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, indo ao encontro das suas respectivas necessidades. Este tipo de empoderamento tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais alargado. É composto de capacidade definida pelo uso de poder para resolver problemas e ação, definida através do alcance de uma partilha de recursos.

Relativamente ao empoderamento individual, Zimmerman (1995) enuncia três componentes: Intrapessoal (o que as pessoas pensam sobre si próprias e da sua motivação e competência numa determinada área), Interacional (capacidade para mobilização de recursos essenciais) e Comportamental (ações desenvolvidas para influenciar os objetivos do grupo/organização).

Carvalho (2004, p.1090) define o empowerment psicológico/individual "como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas."

Nas palavras da OMS (1998) empowerment comunitário envolve indivíduos atuando coletivamente para obter maior influência e controle das determinantes da saúde e da qualidade de vida da própria comunidade, sendo uma importante meta nas ações comunitárias da saúde.

4.3 - OS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO ENQUANTO ESTRATÉGIA E EMPODERAMENTO

Sendo o profissional de saúde o principal agente do empoderamento, Wallerstein & Bernstein (1994), citados por Teixeira (2002, p.27), dizem que "educadores em saúde não podem dar poder a pessoas, mas podem torná-las capazes de aumentar suas habilidades e recursos para ganhar poder sobre suas próprias vidas."

Se o profissional de saúde apresentar uma atitude empoderadora, esta irá também promover o empoderamento do cidadão. O cidadão encontra-se no centro da prestação de cuidados do enfermeiro, sendo o elemento principal.

Ouschan *et al* (2000), referido por Ramos (2003), apresentam o empowerment, no contexto clínico, como um processo que inclui três dimensões:

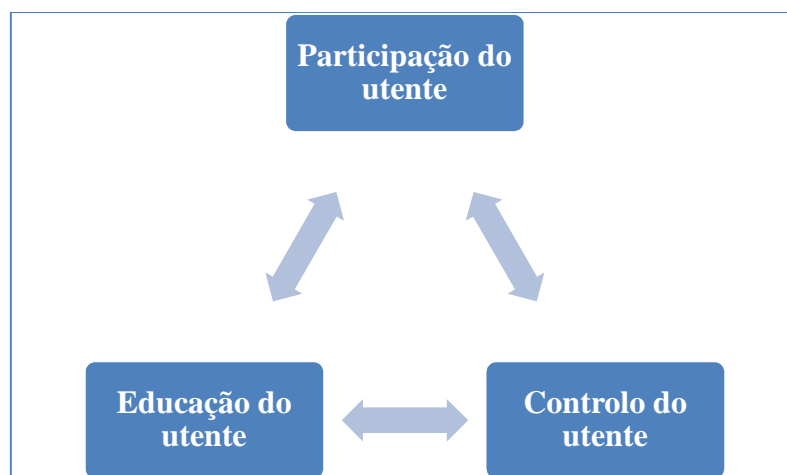


Figura 1: Dimensões do Empowerment (*in* Ramos, 2003 p. 34)

Nesta figura podemos evidenciar a importância da educação do utente para que este tenha uma perceção de si próprio e das suas motivações, com o intuito de uma participação informada no processo de decisão, mobilizando os recursos necessários. Com isto, o controlo e cooperação no seu processo terapêutico flui mais naturalmente. Estas dimensões indicam a necessidade dos profissionais de saúde a promoverem uma boa comunicação com os utentes, encorajando-os à sua participação, aprendizagem e desenvolvimento para o controlo da sua situação de saúde/doença.

No entanto, esta passagem de poder para o utente, exige que os profissionais de saúde aumentem o seu conhecimento sobre o autocuidado por parte do utente, bem como os recursos e competências para saber gerir a sua situação de doença, caminhando para a autonomia pessoal e autoeficácia. Na perspetiva do empowerment, torna-se fundamental o

enfermeiro possuir conhecimentos e competências que lhe permitam implementar dinâmicas de intervenção, visando a promoção da saúde e o empoderamento do utente (indivíduo, família e comunidade), maximizando o papel do enfermeiro nesta área que é de excelência para a profissão (Pereira *et al*, 2011). No mesmo artigo, os autores mencionados expõem um modelo de Empowerment para a Enfermagem:

Quadro 1: Modelo do Empowerment para a Enfermagem

Domínio do utente	Interação Enfermeiro-utente	Domínio da Enfermagem
Autodeterminação	Confiança	Ajuda
Autoeficácia	Empatia	Suporte
Controlo	Participação no processo de decisão	Conselheiro
Motivação	Estabelecimento mútuo de objetivos	Educador
Aprendizagem	Cooperação	Facilitador
Crescimento	Colaboração	Defensor/Protetor
Domínio/poder	Negociação	
Maior qualidade de vida	Organização	
Melhor saúde	Legitimidade	

Fonte: Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes, O. (2011)

Analisando o quadro acima podemos assentir que o papel do enfermeiro no empowerment não é o de substituir, mas sim o de impulsionador das qualidades dos utentes para gerirem o seu processo de saúde/doença.

Também a OE (2012) assume que os enfermeiros estejam habilitados a dotar os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde

Na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e de acordo com a International Confederation of Midwives (2011), as parteiras e enfermeiras-parteiras têm o dever ético de trabalhar com as mulheres, apoiando os seus direitos de participarem ativamente nas decisões sobre os cuidados a serem prestados, respeitando o direito à informação e à escolha das mulheres.

De acordo com Ferreira (2012), nas palavras de Gibson (1995), o empowerment associado ao contexto da enfermagem de saúde materna e obstetrícia é um processo social de reconhecimento e promoção do desenvolvimento das mães com o intuito de perceber as

suas necessidades, resolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários, no sentido de deterem o controlo das suas vidas. Define-o como um processo que auxilia as mães a assumir o controlo sobre fatores que possam influenciar a sua saúde.

Também a OE (2015, p.8) enaltece "o empoderamento/capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais". No seguimento do mesmo autor mas através do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011) é referido que a informação dispensada ao cliente é geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades. Neste campo e no seguimento do tema deste trabalho, os Cursos de Preparação para o Parto, segundo o mesmo documento, surgem com as seguintes definições:

Quadro 2: Definições em EEESMOG pela Ordem dos Enfermeiros

<p>Preparação para o Parto</p>	<p>"Acto de assistência prestado pelos enfermeiros ESMOG à grávida e família, que visa, por um lado, consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo para o trabalho de parto e treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente; por outro lado, treinar exercícios músculo-articulares promotores de flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal; exercícios respiratórios e métodos de relaxamento."</p>
---------------------------------------	---

Fonte: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011)

Os CPP centrados no aumento de conhecimento e na partilha de experiências, aumentam também o nível de autonomia e de responsabilidade por parte da grávida, permitindo tomadas de decisão, ou seja, empoderando a grávida.

O EEESMO "contribui assim para a preservação da autonomia, reconhecendo que, tanto a mulher grávida como o seu companheiro são agentes ativos com capacidades para vivenciarem de forma completa, responsável e gratificante o nascimento do seu filho, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas de parentalidade" (Silva 2010, p. 163).

Os CPP surgem como momentos privilegiados para o EEESMO assumir, de acordo com as competências na sua área de intervenção e de acordo com as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, o Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e mais especificamente H2.1.1, H2.1.5, H2.1.7 e H2.1.9 (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica emanados pela OE (2011), que visam fornecer as orientações para uma melhoria contínua da qualidade da profissão, referem a Satisfação do Cliente, que realça a procura permanente da excelência no exercício profissional para alcançar os mais altos níveis de satisfação do cliente e onde emerge a Promoção da Saúde para ajudar o cliente a alcançar o máximo potencial de saúde.

Através das Recomendações para a Preparação para o Nascimento, documento emitido pela OE (2012), enfatiza-se o empoderamento do casal grávido na Promoção do TP espontâneo, Movimentação livre durante todo o TP, Suporte contínuo durante o TP, Abolição das intervenções médicas desnecessárias no TP, abolição do parto em posição ginecológica e dos puxos dirigidos e contacto e vinculação precoces, através da não separação mãe-bebé.

Os CPP têm como principal objetivo a capacitação da mulher/casal para a vivência saudável do seu processo de TP. É da responsabilidade do EEESMO estabelecer programas de preparação para os futuros pais. O importante papel como dinamizador e educador é evidenciado pela International Confederation of Midwives e pela OE onde são referidas as competências dos mesmos: conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar os programas de CPP (Pereira, 2010). Também a OE (2015, p.10) diz que "os cuidados prestados pelos EEESMO/Parteiras devem ser flexíveis, criativos, de capacitação/empoderamento e de suporte às mulheres".

Os cursos emergem como um elemento que visa equilibrar, não só a mulher como protagonista da sua gravidez e do seu trabalho de parto e nascimento, como o próprio profissional de saúde, enquanto meio utilizado pela comunidade para um fim: viver uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado, controlado e exultante por parte da mulher e da sua família. Esta aprendizagem deve ser realizada de forma progressiva, coerente, de acordo com o nível cultural e compreensão da mulher (Couto, 2006).

Sendo a gravidez parte integrante da vida da mulher e entendida como uma fase normal do seu ciclo de vida, é também percebida como uma fase de reestruturação e

reajustamento em várias dimensões: mudança de identidade e de papéis, permitindo novos níveis de integração e de amadurecimento da própria personalidade (Santos, 2007). Na continuação do mesmo autor e referindo Figes comparam-se estas mudanças à travessia de uma ponte de sentido único, quando temos o primeiro filho. Podemos olhar para o sítio onde estávamos, mas nunca mais lá voltar. Todas estas alterações que ocorrem no casal, mas na grávida, em particular, demonstram a importância da preparação para o parto para uma melhor reorganização das suas atividades, levando a comportamentos facilitadores dos seus papéis parentais.

É reconhecido que o nascimento de um filho, particularmente no caso de ser o primeiro, implica grandes mudanças e tem um enorme impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos (Leal, 2005).

Vellay (1998) afirma que é possível a mulher ter uma atitude bem dirigida, se lhe dermos uma educação racional, através da eliminação de emoções negativas, salientando as positivas, evidenciando todo o valor que a maternidade traz para a mulher. Quando a mãe é preparada física e psiquicamente contribui mais eficazmente, enquanto grávida, para uma atitude de maior tranquilidade e para um comportamento adequado durante o trabalho de parto (Bento, 1992 citado por Couto 2002).

A preparação para o parto surge como um conjunto de sessões que permite à mulher/casal a exteriorização e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias que surgem nesta fase, num ambiente de grupo de suporte. Tem como objetivos "desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho" (PNVGBR, 2015, p.63).

Dois estudos desenvolvidos em Itália (Baglio et al., 2000; Spinelli et al., 2003) concluíram que as aulas de preparação para o parto aumentam o conhecimento e as competências das grávidas, e podem ser uma defesa para a excessiva medicalização da gravidez e parto. Verificaram, ainda, que estas mulheres possuem menor risco de serem submetidas a cesariana, possuem maiores taxas de amamentação, ainda no hospital, e estão mais satisfeitas com a experiência de parto (Morgado *et al*, 2010).

A preparação para o parto consiste, essencialmente, num método de educação física e psíquica, através de informação sobre todo o processo gravídico, parto, pós-parto, cuidados ao recém-nascido e amamentação, capacitando a mulher para um desempenho favorável e positivo. Com base no estudo que realizou, Couto (2006) refere que as enfermeiras estudadas veem a Preparação para o Parto como um momento de educação

para a saúde, envolvendo procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos; como um meio de alterar comportamentos erráticos, visando um resultado esperado com ganhos em saúde para a grávida e família.

Os CPP nasceram na Europa, no princípio do século XX. Dick Read (obstetra inglês), a partir da observação de mulheres, no hospital, que se sentiam tensas, com medo, sós e pariam com dificuldade percebeu que era necessário intervir não só a nível físico mas também psicológico. De entre muitos métodos existentes, o Psicoprofilático (ou Lamaze) é um dos mais aplicados e com maior taxa de sucesso: utiliza o conhecimento e o relaxamento para o controlo da dor (Santos, 2007). Existem outros métodos também conhecidos como o de Dick Read ou método de parto natural, que combina técnicas de relaxamento e educação pré-natal e o método de Bradley ou método do parto assistido pelo marido. Apesar das diferenças teóricas, estes três métodos convergem para a informação sobre todo o processo do trabalho de parto, alguma preparação física e o apoio constante durante o trabalho de parto.

Santos (2007) refere outros métodos utilizados, com maior ou menor sucesso, mas todos com o objetivo de diminuir o sofrimento e aumentar a colaboração da mulher no parto como, por exemplo, o Ensino Autónomo Respiratório, a Sofrologia, a Eutonia, a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea, a Hidroterapia, o Yoga, a Effleurage, a Aromaterapia, a Acupuntura, a Haptonomia e a Hipnose.

Segundo Couto (2006, p.90) hoje em dia, utilizando técnicas diferentes, a preparação para o parto culminam nos mesmos objetivos.

- Proporcionar à gestante a informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido, de modo a que possa viver conscientemente este momento tão especial.
- Vencer a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas, para que a dor física não seja ampliada pela angústia.
- Reduzir ao mínimo a dor, graças a meios largamente comprovados (técnicas de respiração, relaxamento,...).
- Ensinar a colaborar com o próprio corpo para que tudo decorra da forma mais fácil e rápida possível.
- Proporcionar o encontro com outras mulheres na mesma situação e que, por isso, melhor do que ninguém podem oferecer a sua colaboração e solidariedade.

- Dar, em muitos casos, ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o do parto, possa estar o mais perto possível da futura mãe.
- Apresentar à mulher os ambientes em que irá estar internada e onde será assistida, para que lhe sejam menos estranhos, se o curso é organizado pelo hospital ou pela clínica onde irá decorrer o parto.

Os CPP "constituem uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez" (PNVGBR, 2015, p.63).

O curso deverá prever o seu início entre as vinte e oito e as trinta e duas semanas de gestação, com sessões de cerca uma hora, duas a três vezes por semana. De acordo com a OE (2012), a organização dos cursos deve contemplar duas componentes: teórica e prática. Na parte teórica, deverão ser abordados temas como: TP, Analgesia de parto, Aleitamento materno, Puerpério, Cuidados ao Recém-nascido, Recolha de células estaminais e Sexualidade na gravidez e puerpério. Já na componente prática sugerem-se: Exercícios para a promoção da vinculação da grávida/acompanhante/bebé durante a gravidez, Técnicas de conforto durante o TP, O papel do acompanhante na promoção do conforto da parturiente, Posicionamentos durante o TP e período expulsivo e Exercícios de tonificação do pavimento pélvico com consciencialização da sua importância.

Cada vez mais, a grávida/casal consideram importante o conhecimento do seu corpo e todos os processos que passa durante a gravidez. "A gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério serão momento que têm de ser compreendidos através de preparação adequada." (Santos 2007, p. 45).

O conhecimento vai colmatar alguma ansiedade e medo que, porventura, ainda se encontram intrínsecos na passagem de testemunhos, sobre o parto, nas várias gerações. As informações transmitidas na Preparação para o Parto irão ajudar a mulher/casal a serem os protagonistas do seu próprio trabalho de parto resultando num parto mais fácil e menos doloroso. A preparação para o parto emerge como um elemento que visa equilibrar a mulher como protagonista da sua gravidez e do seu trabalho de parto e nascimento, para que esta viva uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado e controlado por parte da mulher e da sua família.

5 - METODOLOGIA

5.1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre a importância dos CPP no empoderamento da grávida durante o seu trabalho de parto, recorreu-se à estratégia de pesquisa de revisão sistemática de literatura (RSL), no sentido de identificar a melhor evidência científica e refletir sobre os contributos da mesma na área em análise.

Quando os profissionais questionam a sua prática e os conhecimentos obtidos poderão potenciar uma intervenção mais adequada e segura na resposta às necessidades das pessoas. A RSL é uma forma de ter acesso às "melhores evidências externas, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidência" (Pereira & Bachion, 2006, p. 492). Também Sanchez *et al* (2007) referem que a RSL baseia-se na melhor evidência científica disponível para a tomada de decisões no cuidado dos utentes.

Para que esta pesquisa seja realizada, preconiza-se uma "adequada definição da pergunta de pesquisa e criação de estrutura lógica para a busca bibliográfica" (Santos *et al* 2007, s.p.). A metodologia PI[C]O representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes (resultados) que, na prática baseada na evidência são os elementos cruciais da questão de pesquisa. No entanto, só uma pergunta de pesquisa bem construída potencializa o resgate de evidências nas bases de dados evitando buscas desnecessárias.

Tendo em conta os objetivos definidos para a elaboração deste trabalho e no sentido de guiar a elaboração desta revisão, partindo da análise teórica, definiu-se a seguinte questão: ***De que forma o Curso de Preparação para o Parto empodera a mulher grávida para o Trabalho de Parto?***

A partir da pergunta PI[C]O construiu-se a relação entre os acrónimos da pergunta e as palavras-chave identificadas, as quais correspondem a descritores validados na Mesh Browser, no dia 10 de Fevereiro de 2018. O quadro n.º 3 explicita esta relação e a expressão de pesquisa utilizada, a hierarquia dos descritores e a sua conjugação com a utilização do boleano AND.

Quadro 3 - Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

				Palavras-chave:
P	Participantes	Quem foi estudado	Mulheres Grávidas	Mulheres Grávidas Cursos de Preparação para o Parto Trabalho de Parto
I	Intervenções	O que foi feito	Curso de Preparação para a Parentalidade	
[C]	Comparações	-	-	
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências das intervenções	Empoderamento para o Trabalho de Parto	
Expressão de pesquisa: Pregnant Women AND Childbirth Education AND Labor				

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de Inclusão:

1. estudos centrados na temática do empoderamento da grávida (mulher adulta) durante o trabalho de parto;
2. estudos em português, inglês e espanhol;
3. todos os tipos de estudos;
4. estudos em que pelo menos um dos autores é Enfermeiro.

Critérios de Exclusão:

1. grávidas adolescentes ou com patologia associada;
2. estudos noutras línguas;
3. estudos sem evidência científica.

No intuito de pesquisar, reunir e dar significância ao conhecimento produzido nas bases de dados científicas, contribuindo para dar resposta à questão, a pesquisa foi realizada com acesso a artigos científicos através da plataforma EBSCOhost, através das bases de dados CINAHL® Complete, MEDLINE® Complete, NURSING & ALLIED

HEALTH COLLECTION®: Comprehensive, COCHRANE® CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS.

A pesquisa foi realizada no dia 15 de fevereiro de 2018 e para a seleção dos estudos foram definidos os seguintes limitadores: artigos realizados entre fevereiro de 2013 e fevereiro de 2018, artigos em full text e PDF, com resumo e referências disponíveis, relacionado com o Humano e o grupo etário selecionado foi o adulto (entre os 19 e os 44 anos).

Da pesquisa realizada resultou um total de 108 artigos (Quadro nº 4). No entanto, e após a verificação da data dos artigos¹, estes foram reduzidos para 27. Na seleção dos artigos partiu-se da leitura dos títulos e dos resumos, tendo sido excluídos 23 artigos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Depois de lidos, integralmente, os 4 artigos selecionados, foi excluído 1 artigo, pois embora falasse do papel da mulher durante o TP, apenas se debruçava sobre as posições de parir. No final, restaram 3 artigos (Anexo III) que correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 4 - Pesquisa por conjugação de descritores

CONJUGAÇÃO DE DESCRITORES	ARTIGOS	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	NURSING & ALLIED Health Collection	COCHRANE central register of controled trials
Pregnant Women	117,843	22,521	81,175	8,224	5,923
Labor	192,716	42,182	117,356	27,333	5,845
Childbirth Education	2748	2,199	389	108	52
Pregnant Women AND Labor	9,784	1,814	6,406	685	879
Pregnant Women AND Labor AND Childbirth Education	108	66	28	13	1
Após seleção do friso cronológico	27	20	5	2	0

¹ Por impossibilidade, relacionada com a plataforma de colocar o friso cronológico na pesquisa, a restrição foi realizada posteriormente.

5.2 - ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Considerando a questão de partida extraíram-se contributos, nomeadamente no que diz respeito à importância da educação pré-natal através de programas estruturados (CPP) assim como a importância do papel do EEESMO. Para facilitar e realizar uma abordagem geral das características dos artigos, foram elaboradas fichas de leitura relativamente (Anexo IV) ao método utilizado, aos objetivos, participantes, intervenções, resultados e o seu nível de evidência científica.

No estudo de **Madhavanprabhakaran *et al* (2016)** procura-se perceber a eficácia da educação e conhecimento sobre o parto e a ansiedade durante o processo da gravidez em mulheres nulíparas em Kollam, Índia. Este estudo foi realizado com dois grupos: um experimental e o outro de controlo. Todas as mulheres se encontravam no terceiro trimestre de gravidez e foram utilizados questionários sobre a ansiedade e ansiedade específica da gravidez antes e após o parto. Após o questionário inicial realizado no início do terceiro trimestre, foi oferecido ao grupo experimental um programa educacional sobre o parto onde foram fornecidas informações sobre o processo do parto e a preparação das grávidas para o parto com noções básicas de anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, nutrição, sinais de TP e os seus estádios, exercícios de respiração e relaxamento para alívio da dor e amamentação. Na avaliação do segundo questionário aplicado antes do parto, respeitante à variável ansiedade, houve uma diferença significativa no grupo experimental respeitante à ansiedade do parto e processo da gravidez, uma vez que a maioria das mulheres tinham pouco conhecimento sobre a preparação para o parto e apresentavam altos níveis de ansiedade relativamente à gravidez. Também a prática da respiração e relaxamento, que aprenderam durante as sessões de educação, reduziram a ansiedade do parto ajudando-as a lidar com todo o processo do TP.

Os autores deste estudo concluem que as aulas de educação para o parto são a melhor via para capacitar as grávidas com conhecimento assim como a prática de técnicas de relaxamento ajudando-as a diminuir a ansiedade sentida e facilitar o processo do TP. Destacam, também, o papel do enfermeiro obstetra como educador através dos programas de educação para o parto.

Relativamente ao estudo de **Matos *et al* (2015)**, este foi realizado no Brasil e tem como objetivo conhecer as potencialidades e/ou fragilidades do grupo de parturientes como espaço de troca de saberes e práticas, com vista à humanização do processo do parto. Este estudo foi realizado com dez mulheres a quem foram aplicadas entrevistas semiestruturadas e que participaram em grupos de mulheres grávidas durante as suas

últimas gravidezes. Conclui-se que o processo educacional torna-se essencial, não só para a aquisição de informação sobre o processo de gravidez e parto, mas também para o empoderamento de mulheres como cidadãs. As mulheres que participaram neste estudo expressaram a importância dos grupos de mulheres grávidas como espaço de informação para experienciar todo o processo de gestação, responder às suas questões, trocar experiências e produção de conhecimento. Também a participação em grupos educacionais e promoção para a saúde durante a gravidez e pós-parto promove a aprendizagem sobre gravidez e parto de uma forma mais dinâmica e reflexiva, assim com a desmistificação crenças e mitos relacionados com o parto aumentando o conhecimento sobre os tipos de parto. A informação surge como a ferramenta de capacitação das mulheres sendo a gravidez o melhor momento para fortalecer a autonomia e o papel das mulheres para vivenciarem uma experiência positiva do processo de gravidez e parto. Os autores deste estudo referem também que o conhecimento das mulheres permitiu que se sentissem mais seguras para superar possíveis adversidades no decorrer da gravidez, parto e puerpério, nomeadamente, sobre os cuidados ao recém-nascido, amamentação, contraceção e o parto.

No último artigo selecionado para dar resposta à questão de partida, elaborado por **Motowidlo et al (2014)** encontra-se um estudo de caso único, realizado na Polónia, em que o objetivo é avaliar o impacto da participação das mulheres grávidas em cursos pré-natais sobre o parto. Este estudo enfatiza o método de Lamaze na preparação para o parto e a única participante era uma parturiente de 35 anos que frequentou o curso pelo método Lamaze. Neste estudo foi utilizado como método de colheita de dados, a entrevista, a observação e a análise de documentos médicos. Os autores afirmam que conhecer os eventos básicos que constituem todo o processo do nascimento capacita a mulher com a informação necessária para um parto consciente e sem medo. Com base na observação, referem que a parturiente teve uma atitude positiva e uma participação mais ativa, beneficiando o decorrer do seu parto assim como a preferência por posições verticais, escolhendo ela qual seria mais benéfica e mantendo-se focada na sua tarefa. No 1.º e 2.º estágio do trabalho de parto a mulher usou a respiração e o relaxamento adequados para alívio da dor e realizou puxos eficazes. A mulher bem preparada para o parto mantém-se calma, consciente e colaborante com a equipa, pratica uma respiração e relaxamento adequados para o alívio da dor e é ativa na sala de parto, muda de posição, não tendo uma atitude passiva, aguardando indicações dos profissionais. Num determinado momento do seu TP, a parturiente mudou de posição e deitou-se na sua cama. Foi observado que esta

mudança afetou o seu bem-estar e que, apesar, da fadiga sentida, rapidamente pediu para se colocar novamente em posição vertical.

Os autores deste estudo realçam a importância da preparação das mulheres para o parto realçando que o conhecimento aumenta na mulher a sensação de segurança, controlo e gestão da ansiedade. A pesquisa mostra que a preparação para o parto ajuda as mulheres a dominarem técnicas de alívio da dor e o seu uso efetivo durante o TP. Terminam, enfatizando que a participação nos CPP pelo método Lamaze tem influência sobre as mulheres durante o parto tornando-o mais fácil e rápido.

Também o estudo de Morgado *et al* (2010) vai ao encontro dos resultados apresentados nestes artigos. Assim, neste estudo, o CPP é visto como uma forma positiva de preparar o parto, onde as mulheres consideram que a respiração e o relaxamento são técnicas úteis, bem como o conhecimento adquirido que ampliam a sua confiança relativamente ao TP e parto. O mesmo autor refere também os estudos de Baglio *et al* (2000) e Spinelli *et al* (2003), onde concluem que os CPP aumentam o conhecimento e as competências das mulheres, havendo uma tendência na diminuição do excesso de medicação durante o parto. As técnicas aprendidas durante o CPP para o processo de TP e parto apresentam menor risco de insatisfação com a experiência do nascimento.

Frias (2008), no estudo realizado, também concluiu, comparando o grupo de mulheres submetidas ao CPP com o grupo que não teve CPP, que as parturientes do primeiro grupo, solicitaram ou recorreram menos ao uso de analgésicos, a fase ativa do TP demorou quase metade do tempo, havendo também uma redução do número de cesarianas.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ciência da Enfermagem tem sofrido várias alterações na sua conceção de acordo com a forma de ver e compreender o mundo. A procura dos conhecimentos, quer no domínio da técnica, quer do conhecimento em si, irá permitir um cuidar de qualidade e de excelência para as pessoas alvos dos cuidados. Nesta linha de pensamento, o EEESMO, tendo como foco do seu cuidado a mulher, encontra-se habilitado para a capacitação da mulher munindo-a de informação, poder de decisão, autonomia e autoridade nas decisões acerca do seu processo de saúde, sempre com o pressuposto de que cada mulher é única possuindo dignidade própria.

Nos artigos selecionados ficou claro a importância do papel do EEESMO como elemento-chave, nomeadamente nos CPP, onde o conhecimento das expectativas e individualidade de cada mulher estimulam o processo de conhecimento de si próprias, oferecendo ferramentas no exercício das decisões. De acordo com a OE e mais especificamente, no Regulamento de Competências Específicas, a competência H2.1.7 refere que o EEESMO "concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável" bem como a H2.1.9 onde "promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão". Será, portanto da sua responsabilidade a capacitação da mulher para uma etapa muito importante da sua vida, mas que se encontra rodeada de medos e anseios.

Na leitura dos artigos, é reforçada a importância da informação como capacitação das mulheres através dos CPP que se afirmam como um instrumento valioso durante o TP. Toda a informação que é fornecida à mulher grávida diminui os níveis de ansiedade, assim como o conhecimento sobre técnicas de relaxamento, respiração para alívio da dor e sobre todo o processo do TP irão ajudar/encurtar o tempo do TP. A aquisição de informação capacita a mulher, não só no seu processo de gravidez e parto, mas também enquanto cidadãs.

Na ótica da promoção da saúde, a mulher ao aprender a ter uma atitude participativa na sua gravidez e parto adquire competências para o exercício positivo no controlo das variáveis da sua saúde. Sendo assim, a capacitação da mulher para o seu TP

pressupõe desenvolver características que permitam à mulher potencializar competências, no que diz respeito às suas escolhas para manter e/ou adotar estilos de vida saudáveis.

O parto é uma experiência única na vida das mulheres. O novo documento emanado pela OMS (2018) vem reafirmar a importância das mulheres vivenciarem uma experiência positiva durante o seu TP. Recomenda, também, diversas abordagens no que diz respeito ao alívio da dor como o relaxamento muscular ou técnicas de respiração, que deverão ser realizadas a pedido da parturiente. Tendo a própria mulher estes conhecimentos, obtidos através dos CPP, poderá revertê-los em poder de escolha durante todo o processo do parto. A OE (2012), a par com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, refere que a preparação para o parto deverá ter sempre como objetivo a capacitação da mulher/casal para a vivência e experiência de um parto gratificante e responsável.

Todavia, a informação obtida aquando da observação dos indicadores durante o estágio na Sala de Partos, traduziu-se numa enorme perplexidade quando as parturientes afirmaram que não frequentaram o CPP por, no concelho apenas haver cursos pagos. Isto fez com que as mulheres optassem por não usufruir de um direito já emanado legislativamente, que refere a dispensa do trabalho para consultas pré-natais e para a preparação para o parto, pelo tempo e número de vezes necessários (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, sd). No entanto, mesmo com a existência dos cursos no SNS será que todas as grávidas usufruem deste direito? Vive-se um período em que a segurança laboral é muito débil, o que pode levar à suposição de que algumas mulheres possam dispensar a frequência dos cursos com receio de despedimento ou represálias nos seus locais de trabalho.

Com a reforma dos CSP surgiram várias unidades funcionais, cada uma com os seus objetivos. No entanto, a formação de UCC fica aquém das necessidades da população. Perante a evidência dos resultados em relação ao CPP será que não deveria incentivar-se mais a formação de novas UCC cumprindo os objetivos das suas carteiras de serviços? Assim sendo, não deverão dotar-se estas unidades com profissionais de saúde (EEESMO) com competências para responder a estas necessidades da mulher grávida? No entanto, mesmo estas unidades funcionais tendo um EEESMO, o aproveitamento das capacidades específicas, provavelmente, não está a ser bem gerido uma vez que na contratualização da ACSS com as UCC, para 2018, não há nenhum indicador relativamente aos CPP, sendo muitas vezes o EEESMO colocado noutros programas cujos indicadores têm de ser atingidos. (ACSS, 2018)

O segundo artigo analisado, refere que do grupo de mulheres sujeitas a sessões de educação resultou uma taxa de cesarianas mais baixa que do grupo de controlo. Será que os custos com a realização de cesarianas são substancialmente menores do que o investimento nos CPP? Será, também, que os custos com a realização das cesarianas sobrepõem-se aos custos no investimento do acesso equitativo das mulheres grávidas/casal aos CPP, tendo em vista os benefícios confirmados pela evidência?

Apesar do paradigma estar a mudar, a mulher ainda não é a protagonista do seu parto, sendo este papel ocupado pelos profissionais de saúde. É importante a mulher conhecer as opções médicas, as intervenções que poderão ser realizadas e o ambiente onde se vai realizar o seu TP, para que a própria possa tomar decisões com base em informações seguras.

Estando os programas dos CPP mais adaptados à capacitação das mulheres para as suas tomadas de decisão durante o seu TP, estas acabam por encontrar uma barreira quando se encontram nalgumas instituições hospitalares onde irá decorrer o seu processo de parto. As regras impostas pelas instituições, e até pelos próprios profissionais, limitam as decisões e as vontades expressas pelas mulheres. As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), criadas a partir do Despacho n.º 6/91 de 20 de junho, têm como objetivos, entre outros, avaliar as necessidades e prioridades de cada área obstétrica, assim como, propor medidas concretas para resolver os problemas de saúde materna e infantil, identificados na área. Poderá passar pelas UCF o melhoramento da articulação na área da obstetria entre os CSP e o hospital, para que a capacitação da mulher dada no CPP não encontre barreiras no local onde se vai realizar o parto.

Em todo este processo, o EEESMO é uma peça crucial. Os resultados da busca pela evidência enfatizam a mulher não só como parceira, mas como elemento fundamental no seu processo de TP onde, em parceria com o profissional de saúde, tomam as suas decisões com base nos seus conhecimentos adquiridos nos CPP, como uma equipa.

Na prática, surge também um outro aspeto relevante no que diz respeito à perceção do que a mulher deseja/precisa no seu processo de parto: os CPP são realizados, na maioria das vezes, em sessões de grupo, onde as necessidades individuais não são discutidas. Torna-se, por isso, importante a realização de sessões individuais, identificando as necessidades e objetivos de cada mulher, adequando as dinâmicas a utilizar. No entanto, sessões implicam disponibilidade do EEESMO que, tendo que responder a objetivos delineados, vê-se constringido em relação ao tempo atribuído para estas sessões.

Aponta-se a necessidade de maior investimento tanto nos CSP, como nos CPP bem como, uma maior articulação com os cuidados hospitalares, nomeadamente os blocos de partos, dando uma vertente mais realista dos cuidados a que a grávida tem direito.

A busca incessante pelo conhecimento sobre os cuidados obstétricos ajuda a refletir sobre os cuidados especializados prestados. Espera-se, que esta procura pela evidência científica, estimule reflexões entre os profissionais de saúde favorecendo mudanças de comportamento na procura de cuidados de excelência.

Neste contexto, espera-se que os resultados desta RSL possam estimular reflexões entre os profissionais envolvidos neste processo, assim como nas estruturas organizativas e/ou das próprias instituições. São apontados procedimentos com fragilidades, que poderão ser melhorados, favorecendo mudanças de comportamentos no caminho da prestação de cuidados de excelência. O interesse desta RSL prende-se, essencialmente, no entendimento da importância do CPP na mulher grávida, quer a nível pessoal, com satisfação no processo do TP levando a uma transição para a parentalidade feita com maior serenidade, mas também, a nível de gastos em saúde com a diminuição da medicalização e instrumentalização dos partos, assim como de cesarianas.

Perante estas considerações finais, seria interessante, em estudos futuros, perceber o real acesso das mulheres grávidas ao CPP, para que todos estes benefícios comprovados pela RSL, fossem efetivamente usufruídos por todas as mulheres que queiram frequentar o CPP.

Cuidar em obstetrícia "...é assistir quem gera a vida e dá vida à humanidade."
(Leitão, 1995, p.27)

7 - BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2012). Portal de Codificação Clínica. Disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt>
- ACSS (2018). Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt>
- Barreto, M.R.N. (2007). A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. *Género* (Niterói), nº 2, Vol. 7, pp. 219-236.
- Barreto, M.R.N. (2011). Ciência, educação e circulação do saber médico nos manuais de obstetrícia. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*. São Paulo Disponível em <http://www.snh2011.anpuh.org>
- Canuto, T. (2014). *Preparar-se para o Parto: Que ganhos em Saúde?* Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Portugal
- Carneiro, M. (2003). *Ajudar a nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (Século XV-1974)*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt>
- Carvalho, S. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (4), pp.1088-1095. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>
- Chinman, M. e Linney, J. (1998). Toward a model of adolescent empowerment: theoretical and empirical evidence. *The Journal of Primary Prevention* , 18 (4), pp. 393-413.
- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (sd). Proteção na parentalidade. Disponível em <http://cite.gov.pt>
- Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde (2016). *Área dos Cuidados de Saúde Primários. Relatório intercalar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Couto, G. (2006). *Conceptualização pelos enfermeiros de preparação para o parto*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

- Couto, G. (2002). *Preparação para o Parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal
- Decreto-Lei nº 28/2008. Diário da República nº 38 de 22 de fevereiro - 1ª série. Ministério da Saúde. Lisboa
- Despacho nº 6/1991. Diário da República nº 139 de 20 de junho - 2ª série. Ministério da Saúde. Lisboa
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa. ISBN 978-972-675-233-2
- Domingo, O. (2007). O Pai no Parto e a Educação para a Saúde. Fórum Enfermagem. Artigos de Autor. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org> AUTOR ERRADO
- Fatia, A.; Tinoco, L. (2016). *Trabalho de Parto* in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição. pp. 308-319
- Ferreira, I. (2012) - *Empowerment: Preferência e Valorização das grávidas face aos cuidados de Enfermagem Pré-natais*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal
- Fialho, T. (2008). O Papel do Enfermeiro no Parto Humanizado. Monografia. EVATA. Viçosa. Disponível em <http://www.evata.com.br/>
- Frias, A. (2008). A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Ano XX, nº 1, pp: 47-54 Disponível em http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_47-54.pdf
- Graça, L. (2010)- *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel. 4.ª Ed. ISBN 978-972-757
- International Confederation of Midwives (2011) - International Code of ethics for Midwives in <http://internationalmidwives.org>
- Janeiro, P. (2015). *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal
- Kleba, M.; Wendausen, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc. São Paulo*, v.18; n.4; pp.733-7437
- Kota, S.; Gayatri, K.; Jammula, S.; Kota, S.; Krishna, S.; Meher, L.; Modi, K. (2013). Endocrinology of parturition. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. Vol.

- 17, n.º 1, p. 50-59 Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3659907/>
- Leal, I. (2005). *Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade*. Lisboa: Fim do século. ISBN 972-754-235-2. pp. 9 – 19
- Leitão, F. 2010. *Autonomia da mulher em trabalho de parto*. Mestrado em Bioética. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Leitão, M. (1995). "A dor em obstetrícia". *Revista Sinais Vitais*. n.º 2. Fevereiro pp. 25-28. Coimbra
- Lopes, R.; Donelli, T.; Lima, C.; Piccinini, C. (2005). O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18(2). pp.247-254. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2002). *Enfermagem na Maternidade - 6ª Edição*. Loures: Lusodidacta
- Marques, A. (2013). *Determinantes das Expectativas e Satisfação das Mulheres durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto*. Tese De Mestrado. Escola Superior de Saúde Viseu. Viseu, Portugal Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/>
- Marques, T. (2016). *Aceitação e Vivência da Gravidez no Casal* in *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª edição. pp. 70-72. Lisboa: Lidel
- Martins, A. (2011). *Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho, Braga, Portugal
- Martins, P.; Cotta, R.; Batista, R.; Mendes, F.; Franceschini, S.; Priore, S.; Dias, G. (2009). Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Revista Physis* vol.19 n.º.3. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.scielo.br>
- Medinas, A.; Duarte, C.; Duarte, T. (2010). Nascer Tranquilo. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. n.º 11. pp. 77-79. Lisboa
- Moreira, F. (2014). *Fatores que Influenciam a Preferência pela Via do Parto*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, Portugal
- Morgado, C.; Pacheco, C.; Belém, C.; Nogueira, M. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*. II série. n.º 12. Março. pp.12-27 Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-1727.pdf>

- OMS (2001) - *Community participation in local health and sustainable development*. European Sustainable and Health Series: 4. Disponível em <http://www.euro.who.int>
- OMS (1996). *Safe Matherhood - Care in Normal Birth: a practical guide* Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- OMS (1998). *Health Promotion Glossary - Division of Health Promotion, Education and Communications*
- OMS (2018). *Intrapartum care for a positive chilbirth experience*. ISBN978-92-4-155021-5
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada*. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Recomendações para a Preparação para o Nascimento*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*
- Pereira, A.; Bento, A. (2011) – *Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto*. *Rev Rene*. Jul. – Set. 12 (3), pp. 471-477. Fortaleza. Brasil
- Pereira, A.; Bachion, M, (2006). *Atualidades em Revisão Sistemática de Literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência*. *Rev Gaúcha Enferm* (RS) Dezembro; 27(4): 491-8. Porto Alegre. Brasil
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes, O. (2011) - *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. *Nursing* nº 267 in <http://www.forumenfermagem.org>
- Pereira, M. (2016) – *Preparação para o Nascimento e Parentalidade in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª edição. pp. 152-157. Lisboa: Lidel

- Pereira, M. (2010). *A Importância atribuída pelos Enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa, Portugal
- Pedro, A; Oliveira, S. (2016). *A Dor no Trabalho de Parto* in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição. pp. 411-412. Lisboa: Lidel
- PorData. Base de Dados Portugal Contemporâneo (2016). Partos nos hospitais: total e por tipo. Disponível em <https://www.pordata.pt>
- Porto, A., Amorim, M., Souza, A. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. Outubro; Vol. 38, nº 10. Brasil
- Ramos, A. (2003) - *Empowerment do cidadão em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão?*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal
- Rodrigues, S. (2016). *Tipos de Parto* in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição. p.376. Lisboa: Lidel
- Rodrigues, S. (2016). *Parto Normal* in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição. pp. 377-381. Lisboa: Lidel
- Rodrigues, S. (2016). *Parto Distócico* in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição. pp.382-387. Lisboa: Lidel
- Sanchez, V.; Noguera, M.; Cecilia, E.; Sánchez, F.; Artacho, M. (2007). El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. *Nure Investigation*. nº 28, Mayo-Junio, Espanha. Disponível em www.nureinvestigacion.es
- Santos, C; Pimenta, C; Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.15, n.3, p. 508. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
- Santos, G., Souza, J., Almeida, L., Gusmão, M. (2012). A importância do Enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. *Diálogos & Ciência*. nº 31. Setembro. Brasil
- Santos, M. (2007). *Preparação para o Parto: Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o Parto*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade do Algarve. Faro, Portugal
- Santos, I. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu, Portugal
- Silva, M. (2010) - *O Papel da Enfermagem em Medicina Materno-Fetal* in Graça, L. M. (2010) *Medicina Materno-Fetal*. 4.ª Ed. pp.162-167 ISBN 978-972-757 Lisboa: Lidel

- Silva, D. (2014) - *Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu, Portugal
- Teixeira, M. (2002) *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
- Vellay, P. (1998). *A Vida Sexual da Mulher: o Método Psicoprofilático do Parto sem Dor*. 8ª edição. ISBN 972-33-1008-2. Lisboa: Editorial Estampa.
- Wei, C., Gualda, D., Junior, H. (2011). Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enfermagem*. Out-Dez; vol. 20, nº 4. pp 717- 725. Florianópolis. Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br>
- Zimmerman, A. (1995) - Psychologic empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 23, nº 5 in <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/117117/ajcpbf02506983.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

ANEXO I - Projeto Individual de Estágio

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA**



PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Mestranda: Carla Santos

Santarém

Novembro 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
Estágio IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos

Professora Orientadora: Lurdes Torcato

Enfermeira Cooperante: Isabel Vinhas

Mestranda: Carla Santos nº 130434004

Santarém

Novembro 2015

ABREVIATURAS

BCF - Batimentos cardíacos fetais

BP - Bloco de Partos

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

CHO - Centro Hospitalar do Oeste

CTG - Cardiotocograma

CR - Caldas da Rainha

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Enf.^a - Enfermeira

RN – Recém-Nascido

TP - Trabalho de Parto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	p. 4
1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER	6
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
3 – BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUÇÃO

O ensino clínico é um período por excelência de utilização dos conhecimentos adquiridos durante o ensino teórico e teórico/prático, visando o desenvolvimento das competências inerentes ao cuidar em enfermagem.

Para Vasconcelos (1992), citado por Silva & Silva (sd) “os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”.

Torna-se, então, imprescindível, a realização de um projeto que servirá de linha orientadora para alcançar, com sucesso, os objetivos propostos para cada ensino clínico.

Projeto, segundo definição da UNESCO (Glossaire des termes de technologie educative), citado por Santos *et al* (sd) “é uma actividade prática significativa, de valor educativo, visando um ou vários objectivos.” Um projeto é, claramente, um fio condutor para o alcance da realização pessoal e profissional, contribuindo para um processo contínuo na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Este projeto tem como objetivos:

- Definir objetivos específicos e as respetivas atividades a desenvolver para a sua realização;
- Avaliar continuamente as competências/atividades, com reflexão crítica, desenvolvidas na componente de ensino clínico;
- Estabelecer a base para a realização do respetivo relatório de estágio.

A elaboração deste projeto individual de estágio surge no âmbito do Estágio IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, inserido no 2º ano/ 2º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Pretende-se, com este documento, a contextualização prática das atividades que serão desenvolvidas durante o estágio, no período de 19 de Outubro de 2015 a 15 de Abril

de 2016, tendo de duração 22 semanas e com interrupção para as férias de Natal (21 de Dezembro de 2015 a 1 de Janeiro de 2016) e da Páscoa (21 de Março a 1 de Abril de 2016). O estágio decorrerá no Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Oeste (CHO) - Caldas da Rainha (CR).

Para a sua elaboração foram considerados os objetivos gerais delineados para este ensino clínico:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém nascido em situação de saúde e doença;

O planeamento dos objetivos bem como das atividades delineadas para o cumprimento do mesmo, foi realizado de acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, tendo sempre em conta o respeito pelos princípios éticos e deontológicos, definidos pelo Código Deontológico, que regem o exercício profissional dos enfermeiros.

Este projeto individual foi elaborado com base nas necessidades pessoais de aprendizagem com o intuito de desenvolver conhecimentos e competências cognitivas, técnicas e científicas no cuidar especializado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Este documento encontra-se estruturado da seguinte forma: introdução, objetivos específicos e atividades a desenvolver para a concretização dos mesmos, considerações finais e bibliografia.

1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o especialista é o “ (...) enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)”. De acordo com o mesmo documento, são quatro os domínios de competências comuns: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e competências no domínio das aprendizagens profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) assume os seus cuidados especializados focados na mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, assumindo-a como ser único, possuindo a sua dignidade e direito a autodeterminar-se, direcionando o exercício das suas áreas de intervenção para: Planeamento Familiar e Pré-concepcional; Gravidez; Parto; Puerpério; Climatério; Ginecologia e Comunidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Durante este Estágio IV releva-se a importância do cuidar durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e período do climatério (em situação de urgência ginecológica).

Objetivo Específico 1 - Integrar a equipa multidisciplinar da Sala de Partos do CHO-CR

Competências a desenvolver: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*”); Competências Específicas do EESMO – H2 – (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*”)

Justificação: Conhecer a estrutura, o funcionamento e a organização de um serviço são condições fundamentais para que nele possamos funcionar e estarmos integrados. Barbier (1993), refere que "a integração é a introdução do indivíduo na instituição e a sua orientação na situação de trabalho."

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Receção na unidade; ▪ Apresentação à Enfermeira Cooperante; ▪ Conhecimento do espaço físico da sala de parto; ▪ Compreensão da dinâmica organizacional e funcional da unidade assim como a gestão dos recursos humanos e recursos materiais existentes necessários ao atendimento da grávida/mulher do foro ginecológico na Urgência de Obstetrícia e Ginecológica, assim como no atendimento das parturientes/recém nascido no Bloco de Partos (BP), puérperas e recém-nascidos (RN) no recobro do bloco de partos e grávidas patológicas internadas no serviço de internamento de Obstetrícia/Ginecologia; ▪ Apresentação à equipa multidisciplinar; ▪ Conhecimento dos objetivos do serviço, guia de integração ao serviço, método de trabalho, 	<p>Enf.ª Isabel Vinhas</p> <p>Carla Santos</p>	<p>Adquirir até à 5ª semana</p> <p>Desenvolver até à 12ª semana</p> <p>Autonomização até à 20ª semana</p>

manuais de suporte à prática;

- Constituição, com a equipa de saúde, de uma relação de empatia, confiança e de cooperação;
- Participação ativa dentro da equipa multidisciplinar, respeitando as funções específicas de cada elemento;
- Compreensão das intervenções especializadas (autónomas e interdependentes) do EEESMO;
- Compreensão da articulação entre a sala de partos com outros serviços do CHO.

Objetivo Específico 2 – Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família na admissão/acolhimento.

Competências a desenvolver: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2 – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*”); Competências Específicas do EESMO – H1; H2; H3; H4; H5; H6; H7 – (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*”)

Justificação: Segundo o Dicionário acolhimento é o ato ou efeito de acolher; receção; hospitalidade. O acolhimento, fazendo parte da prática dos profissionais de saúde, deverá ser expresso através da humanização que, como refere Brandão (2008:35) passa por "(...)respeitar o contexto de cada gestante e de sua família; (...); colocar o saber profissional à disposição da mulher e de sua família; manter uma escuta aberta e atenta, sem julgamento nem preconceitos sobre fatos revelados, (...)" O acolhimento, realizado pelo EEESMO é crucial para o estabelecimento de uma relação de ajuda, confiança e reciprocidade. "É importante que a grávida (casal) confie e acredite nos profissionais de saúde e em si própria, fortalecendo-a no caminho até o parto, para que esta experiência seja tranquila." (Correia, 2013:3)

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<p>Triagem do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação à grávida/parturiente/família; ▪ Promoção de um ambiente acolhedor; ▪ Estabelecimento de uma relação de ajuda com a grávida/parturiente/família promovendo confiança na equipa; ▪ Colheita de informação sobre o motivo da ida ao serviço de urgência; ▪ Colheita de informação sobre o estado emocional e psicológico da utente/família, através da observação e da entrevista; ▪ Admissão da grávida/parturiente: <ul style="list-style-type: none"> - avaliação de sinais verdadeiros e falsos de trabalho de parto (descida fetal, presença de contrações, características do colo, variedade da apresentação, posição, estado das membranas); - esclarecimento de todos os procedimentos a efetuar diminuindo a ansiedade; - avaliação dos sinais vitais; - história obstétrica e da gravidez atual; - antecedentes pessoais e familiares; - determinação da idade gestacional; - consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) bem como valores laboratoriais e outros exames complementares; ▪ Realização do exame físico e obstétrico (avaliação da contratilidade uterina, Manobras de 	<p>Enf.^a Isabel Vinhas</p> <p>Carla Santos</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Datas a definir</p>

- Realização do exame físico: observação geral da grávida/parturiente, avaliação dos sinais vitais ;
- Perceção e informação dada pela mulher sobre padrão de contratilidade uterina (se houver);
- Realização de tricotomia e enema de limpeza, se indicado;
- Monitorizar a dor através da escala de avaliação da dor;
- Elaboração do processo clínico da utente;
- Realização de registos claros, concisos e objetivos em suporte papel e informático no programa SClínico.

Objetivo Específico 3 – Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente/família durante os quatros estádios do Trabalho de Parto

Competências a desenvolver: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*”); Competências Específicas do EEESMO – H3; H4 – (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*”)

Justificação: Compete ao EEESMO prestar cuidados de enfermagem especializados nos quatro estádios do trabalho de parto, estando sendo presente a satisfação das necessidades imediatas da parturiente e a manutenção do bem estar materno-fetal. Deve igualmente apresentar uma atitude de apoio e empatia, para mais facilmente ter a colaboração da utente para interpretar a progressão do trabalho de parto, facilitando os procedimentos técnicos necessários. Os cuidados prestados pelo EEESMO "(...) têm um resultado direto na forma como a Mulher encara e desenvolve o seu trabalho de parto e parto. As parteiras nunca esquecem que num cenário de parto está uma pessoa real, trazendo ao mundo outra pessoa real." (Ordem dos Enfermeiros, 2015: 39)

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<p>1º Estádio do TP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento da parturiente/acompanhante na sala de partos, se for caso disso, estabelecendo uma relação profissional, de empatia e confiança; ▪ Proporcionar uma relação que permita a verbalização de medos e anseios por parte da parturiente/acompanhante; ▪ Avaliação do grau de ansiedade e proporcionar um ambiente calmo e relaxante, como diminuir os estímulos auditivos e visuais; ▪ Cateterização venosa periférica para administração de fluidos endovenosos e terapêutica, segundo norma do serviço; ▪ Aconselhamento sobre o posicionamento da parturiente favorável ao bem-estar materno-fetal; ▪ Vigilância do progresso do TP promovendo o bem estar materno-fetal: <ul style="list-style-type: none"> - conhecimento dos procedimentos de monitorização externa; - avaliação e interpretação do padrão de contratilidade uterina; - avaliação e interpretação do padrão dos batimentos cardíacos fetais (BCF); - correlação entre contratilidade/frequência cardio-fetal - reconhecimento precoce de alterações na resposta materna e cardio-fetal; - avaliação da dilatação, apagamento cervical e estática fetal; - observação da integridade das membranas; <p>Incentivo à parturiente para esvaziamento vesical de 2/2h e caso não conseguir espontaneamente, proceder ao esvaziamento com sonda;</p>	<p style="text-align: center;">Enf.^a Isabel Vinhas</p> <p style="text-align: center;">Equipa multidisciplinar</p> <p style="text-align: center;">Carla Santos</p>	<p>Adquirir até à 5^a semana</p> <p>Desenvolver até à 12^a semana</p> <p>Autonomização até à 20^a semana</p> <p>Referente à amniotomia, proponho adquirir até à 12^a semana e desenvolver até à</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de amniotomia, se indicado; ▪ Observação das características do líquido amniótico; ▪ Satisfação das necessidades da parturiente/acompanhante, segundo o Modelo de Enfermagem de Atividades de Vida de Nancy Roper; ▪ Informação à parturiente/acompanhante sobre a evolução do TP; ▪ Incentivo à colaboração ativa da parturiente/acompanhante durante esta fase do TP, informando sobre os procedimentos a serem realizados e esclarecendo todas as dúvidas; ▪ Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este estágio (adequada interpretação dos dados relativos ao canal de parto, contrações e feto); ▪ Controlo da dor com compreensão da singularidade da dor no TP: <ul style="list-style-type: none"> - implementação de técnicas não farmacológicas (relaxamento, exercícios respiratórios, musicoterapia, apoio emocional, bola de Pilates); - implementação de técnicas farmacológicas (conhecimento da administração de terapêutica específica, consulta dos protocolos institucionais, identificação da ação dos fármacos, identificação das condições maternas e fetais para a sua utilização, interpretação da resposta materno-fetal, reconhecimento precoce de sinais de complicações avaliação da eficácia da administração); - colaboração na analgesia epidural (informar a parturiente, administração de solução salina endovenosa, avaliação de sinais vitais, ajudar no posicionamento correto da parturiente, preparar o material necessário, colaborar com o anestesista na realização da técnica); 		<p>20ª semana</p>
--	--	-------------------

- avaliação da reação da parturiente após a realização da anestesia epidural (hipotensão, distensão da bexiga, promovendo o seu esvaziamento com sonda, perda de sensibilidade da parturiente)

- Detecção precoce a ocorrência de distócias do TP (dinâmicas e mecânicas);
- Detecção precoce de situações de urgência: hemorragia vaginal, líquido amniótico com mecônio, prolapso do cordão, alterações do bem estar cardio-fetal;
- Identificação dos sinais iminentes de instalação do 2º estágio do TP (colo com dilatação completa e apagado, vontade de fazer força, sudorese facial ou no lábio superior, agitação crescente, aumento da ansiedade, episódios de vômitos);
- Decisão da transferência da parturiente para a sala de partos;
- Registo da evolução do TP no partograma.

2º Estádio do TP

- Preparação do material para o parto;
- Verificação da funcionalidade do equipamento necessário para o parto;
- Preparação e aquecimento da unidade e roupa para receber o RN e protocolo terapêutico (Vitamina K);
- Posicionamento da parturiente na marquesa de parto;
- Obtenção da colaboração por parte do acompanhante, informando-o do seu papel neste estadio;

Adquirir até à 5ª semana

Desenvolver até à 12ª semana

Autonomização até à 20ª semana

- Manutenção de um ambiente calmo e tranquilo;
- Determinação e/ou confirmação da estática fetal;
- Colaboração do colega para avaliar o bem estar fetal através do doppler;
- Verificação da presença de globo vesical, fazendo esvaziamento com sonda vesical;
- Observação da eficácia da contratilidade uterina;
- Confirmação da existência de esforços expulsivos maternos;
- Estimulação verbal para os esforços expulsivos;
- Observação da eficácia dos esforços expulsivos;
- Orientação da parturiente/acompanhante no controlo da respiração e relaxamento entre as contrações;
- Observação da evolução da coroação e elasticidade perineal;
- Capacidade de decisão para episiotomia/analgesia do períneo;
- Execução de manobras de proteção do períneo;
- Verificação da existência de circulares na fase em que emerge a cabeça, procedendo de imediato à laqueação do cordão;
- Execução de manobras de extração fetal;
- Prestações de cuidados imediatos ao RN, promovendo a sua adaptação à vida extra-uterina (expressão do tórax até à boca para facilitar a drenagem do liquido pulmonar, laqueação do cordão umbilical);
- Colocar o RN sobre o abdómen da mãe para favorecer a drenagem do líquido dos pulmões e proceder à aspiração mecânica de secreções nasais e orofaringe;

- Colheita de sangue do RN do cordão umbilical para grupagem sanguínea e/ou criopreservação de células estaminais;
- Verificação da hora de nascimento;
- Promoção da relação precoce da díade/tríade;
- Participação em partos distócicos;

3º Estádio do TP

- Identificação dos sinais de descolamento da placenta;
- Realização da dequitação espontânea ou dequitação manual (colaborar com o médico e iniciar profilaxia antibacteriana), sempre que necessário;
- Realização da tração controlada do cordão umbilical;
- Massagem moderada do fundo do útero;
- Despiste de suspeita de acretismo placentar e comunicação ao médico obstetra se não dequitar até um máximo de 30 minutos;
- Sustentação da placenta junto à vulva, procedendo ao ajuste das membranas de forma suave à mesma, com movimentos de rotação;
- Observação da integridade e aspeto da placenta (forma, integridade das vilosidades e membranas, inserção do cordão umbilical, presença de duas artérias e uma veia, identificação das alterações);
- Realização de massagem no fundo do útero e avaliação do globo de segurança de Pinard;

Adquirir até à 5ª semana

Desenvolver até à 12ª semana

Autonomização até à 20ª semana

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Providenciar administração de ocitócicos, caso necessário, com a finalidade de ajudar a contrair o útero e controlar hemorragias; ▪ Reavaliação da necessidade de analgesia do períneo; ▪ Observação cuidadosa do períneo, vagina e colo para despiste de lacerações existentes; ▪ Realização de tamponamento vaginal; ▪ Realização de episiorrafia fazendo uma correta reconstrução anatômica por planos; ▪ Verificação da hemostase e/ou presença de hematomas; ▪ Extração do tamponamento vaginal; ▪ Realização de expressão uterina e reavaliação do globo de segurança de Pinard; ▪ Lavagem e desinfecção do períneo; ▪ Execução do toque retal para despiste de lacerações; ▪ Avaliação da perda sanguínea; ▪ Avaliação do bem estar materno; ▪ Transferência parturiente para o quarto com adoção de medidas de conforto e higiene; ▪ Completar o registo do partograma e restantes registos referentes ao parto em suporte papel e informático no SClinico. 		<p>Adquirir até à 5ª semana</p> <p>Desenvolver até à 12ª semana</p> <p>Autonomização até à 20ª semana</p>
--	--	---

4º Estádio do TP

- Vigilância dos sinais vitais;
- Despiste de complicações através da avaliação das perdas hemáticas vaginais, globo de segurança de Pinard, episiorrafia (presença de deiscência), presença de globo vesical e se retenção urinária proceder ao esvaziamento vesical, satisfação das necessidades de higiene e conforto;
- Despiste de sinais de complicações relacionadas com a analgesia epidural (prurido, cefaleias, hipotensão, ausência de sensibilidade dos membros inferiores);
- Alimentação e hidratação da puérpera, sempre que possível;
- Alívio do desconforto do períneo, aplicando gelo;
- Proporcionar ambiente calmo para o descanso da puérpera;
- Promoção da relação díade/tríade estabelecendo uma relação de vinculação precoce com o RN;
- Questionamento acerca da existência ou não do projeto da amamentação;
- Apoio na realização da 1ª mamada:
 - observação das mamas, mamilos e presença de colostro;
 - posicionamento da puérpera;
 - vigilância da presença dos reflexos de sucção e deglutição do RN;
 - realização de ensinamentos relativamente à pega.
- Realização de ensinamentos relativos à relação entre a amamentação e a involução uterina/contração dolorosa;

- Preparação da transferência da puérpera/RN, após 2 horas, para o internamento de puerpério:
 - reavaliação do estado da puérpera (sinais vitais, avaliação do globo de segurança de Pinard e características dos lóquios);
 - verificação da presença de globo vesical, incentivando a puérpera a urinar espontaneamente ou proceder ao esvaziamento vesical, se necessário e se esgotadas todas as hipóteses;
 - retirar cateter epidural e manter acesso venoso permeável até à realização do primeiro levante;
- Realização da transferência da puérpera/RN para o internamento, promovendo a instalação conjunta da díade e transmitir dados relevantes, de todo o processo, oralmente ao enfermeiro do internamento;
- Realização de registos claros, concisos e objetivos em suporte papel e informático no programa SClínico.

Objetivo Específico 4 – Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao Recém-Nascido e até às duas primeiras horas de vida em partos distócicos e/ou realizados por outros profissionais

Competências a desenvolver: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2 – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista”); Competências Específicas do EEESMO – H4 – (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro “Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica”)

Justificação: " Os recém-nascidos passam por numerosas alterações biológicas durante as primeiras horas (...). Muito embora a maioria das crianças consiga efectuar as adaptações necessárias à sua existência extra-uterina sem grandes dificuldades, o seu bem-estar depende do cuidado que recebem dos outros." (Lowdermilk & Perry, 2002: 379).

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificação da unidade de reanimação do RN; ▪ Preparação de todo o material necessário à prestação de cuidados imediatos ao RN; ▪ Comunicação ao pediatra; ▪ Receção do RN em pano aquecido até à fonte de calor para a manutenção da temperatura corporal; ▪ Manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores com aspiração, a baixa pressão, da naso e orofaringe se necessário; ▪ Colaboração com o pediatra na reanimação do RN, se necessário; ▪ Deteção precoce de sinais de dificuldade de adaptação à vida extra-uterina; ▪ Efetuar lavagem gástrica, se necessário; ▪ Avaliação do Índice de Apgar ao 1º/5º/10º minuto; 	<p style="text-align: center;">Enf.^a Isabel Vinhas</p> <p style="text-align: center;">Equipa Multidisciplinar</p> <p style="text-align: center;">Carla Santos</p>	<p style="text-align: center;">Adquirir até à 12^a semana</p> <p style="text-align: center;">Desenvolver e autonomização até à 20^a semana</p>

- Observação física, neurológica e comportamental do RN, despistando possíveis malformações;
- Manutenção da temperatura corporal;
- Avaliação do peso do RN;
- Administração de terapêutica instituída no serviço (vitamina K);
- Identificação do RN com pulseira, confirmando sempre junto da mãe o nome desta e vestir o RN com a roupa escolhida pelos pais;
- Observação dos padrões de eliminação vesical e intestinal do RN;
- Colocação do RN junto da mãe para incentivo à relação precoce da díade/tríade;
- Promoção e colaboração na amamentação precoce, se possível e se a mãe assim o desejar;
- Vigilância dos reflexos de sucção e deglutição;
- Avaliação da tolerância alimentar;
- Elaboração de registos claros, concisos e objetivos das respostas observadas e cuidados prestados em suporte papel e SClínico.

Objetivo Específico 5 – Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/família que recorre à Urgência Ginecológica/Obstétrica

Competências a desenvolver: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2 – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista”); Competências Específicas do EEESMO – H1; H2; H3; H4; H5; H6 – (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro “Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica”)

Justificação: A insegurança provocada pelo imprevisto e a possibilidade do inesperado tornar-se realidade poderá levar a um sentimento de angústia profunda. É fundamental que o EEESMO possua conhecimentos científicos, técnicos e relacionais no atendimento a estas mulheres/família que se encontram em situação de crise, respeitando-o como ser independente e único.

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<p>Ginecológica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento da mulher/família; ▪ Identificação do motivo pelo qual recorreu à urgência; ▪ Avaliação dos sinais vitais; ▪ Identificação de sinais e sintomas; ▪ Identificação das necessidades/problemas da mulher/família; ▪ Planeamento e execução dos cuidados especializados necessários; ▪ Avaliação dos cuidados prestados; ▪ Aplicação de medidas de suporte emocional e psicológico; ▪ Educação para a saúde tendo em conta os problemas identificados ▪ Transmitir a importância da vigilância de saúde nas unidades de saúde; 	<p>Enf.^a Isabel Vinhas</p> <p>Carla Santos</p>	<p>Datas a definir</p>

- Transferência e/ou encaminhamento da utente para outras unidades de saúde, se necessário;
- realização de registos de enfermagem no processo clínico e ALERT.

Obstétrica

- Acolhimento da grávida/casal/família na urgência, criando um ambiente seguro e facilitador de uma relação empática e profissional;
- Identificação do motivo pelo qual recorreu à urgência;
- Colheita dos dados para avaliação inicial: BSG, Índice Obstétrico, antecedentes pessoais, familiares e de saúde, história reprodutiva, idade gestacional, data provável do parto, entre outros;
- Realização de exame físico:
 - avaliação dos sinais vitais;
 - exame obstétrico;
 - toque vaginal;
- Identificação de sinais e/ou sintomas de alarme;
- Monitorização do bem-estar fetal;
- Vigilância de complicações associadas à gravidez e/ou com patologia associada;
- Colaboração com outros profissionais no diagnóstico e tratamento da patologia obstétrica;

- Aplicação de medidas de suporte emocional e psicológico;
- Referenciação/transferência das situações que necessitam de vigilância;
- Realização de registos claros e concisos em suporte papel e SClínico.

Objetivo Específico 6 – Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente com patologia associada

Competências a desenvolver: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2 – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*”); Competências Específicas do EEESMO – H3; H4 – (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*”)

Justificação: “É evidente que os factores de risco conhecidos podem ser utilizados para identificar, prematuramente, as pacientes de alto risco, tanto no período pré-nata, como no intraparto.” (Lowdermilk & Perry, 2002: 559) A identificação destas parturientes é de extrema importância para a diminuição da mortalidade e morbidade materna e neonatal. Por isso o EEESMO tem de possuir conhecimentos e competências na prestação de cuidados às parturientes com patologia associada.

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação de medidas para proporcionar um ambiente calmo e seguro; ▪ Avaliação de sinais vitais, segundo protocolo; ▪ Administração de terapêutica, segundo protocolo; ▪ Identificação e comunicação de complicações consequentes da patologia associada; 	<p>Enf.^a Isabel Vinhas</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Carla Santos</p>	<p>Adquirir até à 12^a semana</p> <p>Desenvolver e autonomização</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparação de material de emergência; ▪ Colaboração com a equipa no tratamento da patologia e complicações associadas; ▪ Aplicação de medidas de suporte emocional e psicológico; ▪ Proporcionar, sempre que possível, a presença do acompanhante; ▪ Realização de registos claros e concisos em suporte papel e SClinico. 		até à 20ª semana
--	--	---------------------

Objetivo Específico 7 – Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas como formadora, no âmbito das funções do EEESMO sobre a "Alimentação da mulher durante o TP"

Competências a desenvolver: Competências Comuns do enfermeiro especialista – A1; A2; B3; D1; D2 – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*”)

Justificação: Tojal (2011:17) diz-nos que "Se, por um lado, a formação contínua visa aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional, por outro lado, a formação em serviço visa colmatar as necessidades de formação dos elementos de uma equipa, no local de trabalho."

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião informal com a Enf.ª Chefe e Enf.ª Cooperante do ensino clínico para avaliação das necessidades do serviço; ▪ Realização de pesquisa bibliográfica para o trabalho planeado; ▪ Envio do trabalho para a Prof.ª Coordenadora para validação; ▪ Validação com a Enf.ª Cooperante; ▪ Realização da formação em serviço. 	Enf.ª Isabel Vinhas Prof.ª Lurdes Torcato Carla Santos Enfermeiros do Bloco de Partos do CHO	Combinado com a Enf.ª cooperante a realização da sessão no início do ano de 2016

Objetivo Específico 8 – Aprofundar capacidades reflexivas e de análise crítica de situações de ensino/aprendizagem vivenciadas ao longo do ensino clínico

Competências a desenvolver: Competências Comuns do enfermeiro especialista – D1; D2 – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista”) e Competências constantes do plano de estudos do CPLEESMO – 1; 8; – (aprovado pela portaria 443/2005 de 27 de abril).

Justificação: Todas as situações que são vivenciadas por quem presta cuidados, contribuem para o enriquecimento das suas qualidades e aptidões, requerendo um esforço de reflexão. A experiência, por si só, não cria conhecimento. Essa experiência necessita ser refletida, discutida e concetualizada. (Hesbeen, 2001)

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão diária, e sempre que se justifique, das situações de aprendizagem e da minha prestação perante as situações específicas individualmente, com a Enf.^a Cooperante e com a restante equipa multidisciplinar; ▪ Participação ativa nos momentos de reflexão/discussão das atividades desenvolvidas e da prática profissional; ▪ Análise crítica da minha prestação de cuidados enquanto futura EEESMO; ▪ Reuniões com a Professora Coordenadora, refletindo sobre as temáticas e situações específicas decorridas durante o estágio e avaliação de desempenho; ▪ Elaboração de um Relatório de Estágio, onde irá predominar a reflexão e análise crítica do meu desempenho, das atividades desenvolvidas e objetivos atingidos durante o estágio. 	<p style="text-align: center;">Enf.^a Isabel Vinhas</p> <p style="text-align: center;">Prof.^a Lurdes Torcato</p> <p style="text-align: center;">Carla Santos</p>	<p style="text-align: center;">Durante as 20 semanas do estágio</p>

Objetivo Específico 9 – Compreender a importância da Preparação para o Parto durante o TP

Competências a desenvolver: Competências Comuns do enfermeiro especialista – A1; A2; B1; B2; B3; D1; D2 – (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*”) e Competências Específicas do EEESMO – H2; H3 – (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro “*Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*”)

Justificação: Santos (2007) referindo Paúl (1989) refere que um dos objetivos da preparação para o parto é proporcionar à mulher um papel ativo no parto, tornando-a atenta ao seu corpo, preparando-a para o seu futuro papel de mãe. A mesma autora, refere que Bento (1992) realizou uma investigação, no Porto, concluindo que as mulheres que demonstraram, durante as aulas de Preparação para o parto, ter maior conhecimento de trabalho de parto e mais confiança após as aulas, revelaram ter um trabalho de parto com menos dor.

Atividades a Desenvolver	Intervenientes	Data a realizar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceção das parturientes/casais que participaram nos cursos de Preparação para o Parto; ▪ Perceção do grau de ansiedade e dor da parturiente/casal que frequentaram os cursos; ▪ Perceção do grau de auto-controlo da parturiente durante o TP; ▪ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática em questão. 	<p style="text-align: center;">Enf.^a Isabel Vinhas</p> <p style="text-align: center;">Prof.^a Lurdes Torcato</p> <p style="text-align: center;">Carla Santos</p>	<p style="text-align: center;">Até à 20 semana de Estágio</p>

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto de estágio constitui um momento de reflexão por excelência permitindo planejar as atividades que contribuirão para o sucesso dos objetivos específicos delineados e propostos nesta etapa da formação. Serve, também, como linha orientadora e instrumento de análise para a elaboração do relatório final de estágio, avaliando o cumprimento das atividades.

Considera-se este documento exequível. No entanto, sendo um instrumento flexível, poderá justificar-se a sua alteração ou reformulação tanto dos objetivos propostos como das atividades planeadas, com vista a aproveitar de todas as situações previstas e não previstas e/ou planeadas neste projeto, mas que, de alguma maneira proporcionem novas experiências e enriquecimento profissional.

3 – BIBLIOGRAFIA

- Barbier, J. (1993). *Elaboração de projecto de acção e planificação*; Porto: Porto Editora
- Brandão, S. (2008). *Vivência do acolhimento da mulher encaminhada da Casa de Parto*.
Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.btd.uerj.br/>
- Correia, C. (2013). *Acolhimento do Casal Grávido*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Dicionário de Língua Portuguesa (2003-2015). Infopédia Potro Editora. Disponível em <http://www.infopedia.pt>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade Em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. 1ª Edição, Loures, Lusociência-Edições Técnicas.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2002). *Enfermagem na Maternidade - 6ª Edição*. Loures: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunsEnfermeiro.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Santos, M. (2007). *Preparação para o Parto: Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade do Algarve. Obtido de

<https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/781/1/tese%20-%20todos%20capitulos.pdf>

Santos, E., Matos, T., Matos, F. (sd). Que se ganha com o Trabalho de Projecto?. Obtido de www.dgicd.min-edu.pt/data/dgicd/.../dossier_questoes_razoes76.pdf

Silva, D. Silva, E. (s.d.). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. Escola Superior de Viseu. p. 103 Obtido de www.ipv.pt

Tojal, A. (2011). Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço. Dissertação de Mestrado. escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de file:///C:/Users/S/Downloads/D2011_10001822012_2816032_1.pdf

Anexo II - Tabela de registo de indicadores através de observação

TABELA DE REGISTO DE INDICADORES ATRAVÉS DE OBSERVAÇÃO

Índice Obstétrico	Controlo do seu corpo através da respiração e concentração	Diminuição da dor	Ansiedade ausente	Conhecimento das várias fases do TP	Atitude interventiva no seu processo terapêutico	Atitude controlada durante o 2º estadio do TP	Presença do companheiro (participativo/não participativo)	Tipo de Parto
G2P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×		×	Participativo	Eutócico
G2P1	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G4P2	×	×	×	×	×	×	Participativo	Distócico
G1P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×		×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×	×		Não participativo	Eutócico
G2P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×		×	Participativo	Eutócico
G2P1	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G4P2	×	×	×	×	×	×	Participativo	Distócico
G1P0	×		×	×	×	×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×		×	Participativo	Eutócico
G1P0	×		×	×	×		Não participativo	Eutócico

Anexo III - Artigos finais de pesquisa

Effectiveness of Childbirth Education on Nulliparous Women's Knowledge of Childbirth Preparation, Pregnancy Anxiety and Pregnancy Outcomes

Girija Kalayil Madhavanprabhakaran,^{1*} Melba Sheila D'Souza,¹ and KarkadaSubrahmanya Nairy²

¹Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman

²Higher College of Technology, Muscat, Sultanate of Oman

*Corresponding author: Girija Kalayil Madhavanprabhakaran, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman. Tel: +96-824145456, Fax: +96-824-412316, E-mail: girija@sqau.edu.om; girjka@yahoo.com

Received 2015 August 18; Revised 2016 November 06; Accepted 2016 November 15.

Abstract

Background: The emerging number of cesarean sections among nulliparous women due to high pregnancy-related anxiety is a major concern of maternity care providers. Childbirth preparations enable women to cope with pregnancy anxiety and enhance pregnancy outcomes. Limited studies evaluated the impact of childbirth educational interventions on pregnancy-specific anxiety and pregnancy outcomes.

Objectives: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of childbirth educational intervention on nulliparous women's knowledge on childbirth preparation, pregnancy anxiety, and pregnancy outcomes.

Methods: A randomized controlled trial approach with a two-group pretest/posttest design was used among hundred nulliparous third trimester pregnant women. All participants were pretested for their knowledge on childbirth preparation and pregnancy anxiety level using knowledge questionnaire, state trait anxiety inventory, and pregnancy-specific anxiety inventory. The experimental group (n = 50) received three sessions of childbirth education. All participants were post-tested before delivery, and their pregnancy outcomes were noted from labor records. Data were collected from a major maternity hospital in Kerala, India. GIM repeated measures analysis and paired t-test were used for data analysis.

Results: The experimental group demonstrated a significantly higher level of knowledge on childbirth preparation ($P < 0.001$), with high reported mean knowledge scores of (54.30 ± 3.86) childbirth preparation than the control group (31.08 ± 1.96). A lower mean scores of pregnancy-specific anxiety among experimental group (102 ± 4.65) ($P < 0.001$) compared to control group (139.96 ± 4.9) signifies the relevance of childbirth education in reducing pregnancy-specific anxiety. Significant reductions of caesarean birth (50%) among nulliparous women along with a 12% increase in newborn's birth weights were the main positive birth outcomes.

Conclusions: Childbirth education significantly reduced pregnancy-specific anxiety and the adverse pregnancy outcomes. The emerging number of cesarean sections on maternal request due to childbirth anxiety could be reduced by empowering nulliparous women through childbirth education.

Keywords: Childbirth, Antenatal Education Classes, Randomized Trials, Psycho-Social, Deliveries, Childbirth Fear, Anxiety, Pregnancy

1. Background

Pregnancy and childbirth are special events in a woman's life, and this transition period is coupled with many worries and high levels of anxiety. Effective maternal childbirth education prepares expectant mothers for safe childbirth. The childbirth education class among the Chinese pregnant women revealed reduced anxiety levels, and highlighted the importance of childbirth education class in cultivating positive coping measures among pregnant women (1). Childbirth education effectively reduced childbirth anxiety and increased desire to vaginal births (2, 3). The formal childbirth education intervention programs for nulliparous women was recommended by

many researchers, as childbirth education program has been found to be associated with lower levels of maternal anxiety, increased number of vaginal deliveries, gestational age, birth weight and Apgar scores, and improved women's coping ability (1, 4-7). Cochrane meta-analysis of mixed 16 studies (8) concluded that nurse-led relaxation classes and birth preparation classes for low-risk mothers decreased the number of caesarean sections. Childbirth education was suggested by Byrne et al. (9) as a specific strategy to help reduce anxiety of childbirth and alleviate concerns about labor pain.

A 14% - 54% prevalence of childbirth fears and anxiety were reported from England, Iran, Sweden, Hong Kong, Portugal, Danish and Spain (10-14). Evidences re-

vealed high prevalence of pregnancy-related anxiety, especially higher degree of childbirth anxiety, among low risk third trimester nulliparous pregnant women (11, 12, 15-17). The nulliparous status, general and state anxiety level and younger age were testified as major predictors of pregnancy anxiety (7, 18). High prevalence (90% - 94%) of childbirth anxiety, and poor perceived knowledge on childbirth preparation were reported by nulliparous pregnant women of Kerala (15). Even in women with low risk pregnancy, pregnancy anxiety is documented as a predictor of many adverse pregnancy outcomes such as preterm labor, low birth weight, caesarean birth and instrumental deliveries (13, 19, 20). Nulliparous women's high childbirth fears and anxiety is associated with caesarean birth either as emergency or by request (7, 12, 14, 16, 21-24). Anxiety of vaginal birth and a desire to avoid labor pain are the main causes for women demanding caesarean birth. This suggests a gap in knowledge regarding awareness of the recovery times and postpartum pain associated with caesarean surgery compared to those who choose vaginal delivery (25). The nulliparous status and lack of proper knowledge on pregnancy care accounts for increased pregnancy anxiety and adverse labor outcomes. Thus, comprehensive childbirth education could be a window to reduce pregnancy-related anxiety and enhance better pregnancy outcomes.

A meta-analysis review report of nine trials on individual or group antenatal childbirth found a lack of high-quality evidence, and concluded that the effects of antenatal education remain largely unknown (26). Very few studies evaluated the impact of childbirth educational interventions on pregnancy-specific anxiety and pregnancy outcomes. The need for further researches focusing on the impact of childbirth education on pregnancy anxiety has been recommended by many previous researchers (4, 7, 26). There were no evidences of formal childbirth educational practices at the current settings. Therefore, it became appropriate to establish professionally prepared comprehensive childbirth educational classes available for pregnant women of Kerala, India. With the emerging need for a culturally combatable childbirth education, the investigators developed and administered a childbirth education program for nulliparous pregnant women. Hence, this study evaluated the effectiveness of childbirth educational intervention program on nulliparous pregnant women's knowledge on preparation for childbirth, pregnancy-specific anxiety and pregnancy outcomes. The research question was as follows: What is the impact of childbirth educational intervention program on nulliparous pregnant women's knowledge on preparation for childbirth, pregnancy-specific anxiety and the pregnancy outcomes?

2. Objectives

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of childbirth educational intervention program on nulliparous pregnant women's knowledge on preparation for childbirth, pregnancy-specific anxiety and pregnancy outcomes.

3. Methods

Randomized controlled trial with a two-group pretest/posttest design was used among nulliparous pregnant women attending the government hospital in Kollam, Kerala, India. Literate nulliparous third trimester singleton low risk pregnant women at the age of 18 - 35 years, who expected normal delivery, were included in the study. Expectant mothers with moderate and high-risk pregnancy or history of mental illness were excluded from the study. The participants' decision to withdraw from the study and absence from two educational sessions and not completing all the phases of the study were also exclusion criteria, so all participants who withdrew/discontinued/moved out of the study area were excluded.

We estimated the sample size based on pre and post mean difference of the two groups. Sample size Formula 1 used was:

$$\frac{C}{\delta^2} + 2 \quad (1)$$

Where δ is standardized effect size. The sample size for the study was calculated at 80% power and delta (δ) value of 0.4 at 0.05 significance level (27). A sample of 60 was required in each group; hence, a sample of 120 low-risk third trimester nulliparous women who volunteered and consented to participate in the study was recruited. All these women were voluntarily enrolled in the study. A random assignment by computer allotted number was used for allocation of 60 women to the intervention and 60 to the control group. Those participants who voluntarily withdrew and were absent from two sessions of the interventions, and those who did not complete all phases of the study were excluded. During the follow-up phases, those participants who withdrew prior to the intervention, discontinued intervention, or withdrew during the follow up as well as those who moved out of the study area (from the experimental or the control groups) were excluded from the study (Figure 1). Therefore, the final sample size was 100 third trimester nulliparous women who completed all phases of the study, and were considered for analysis, with 50 in each group.

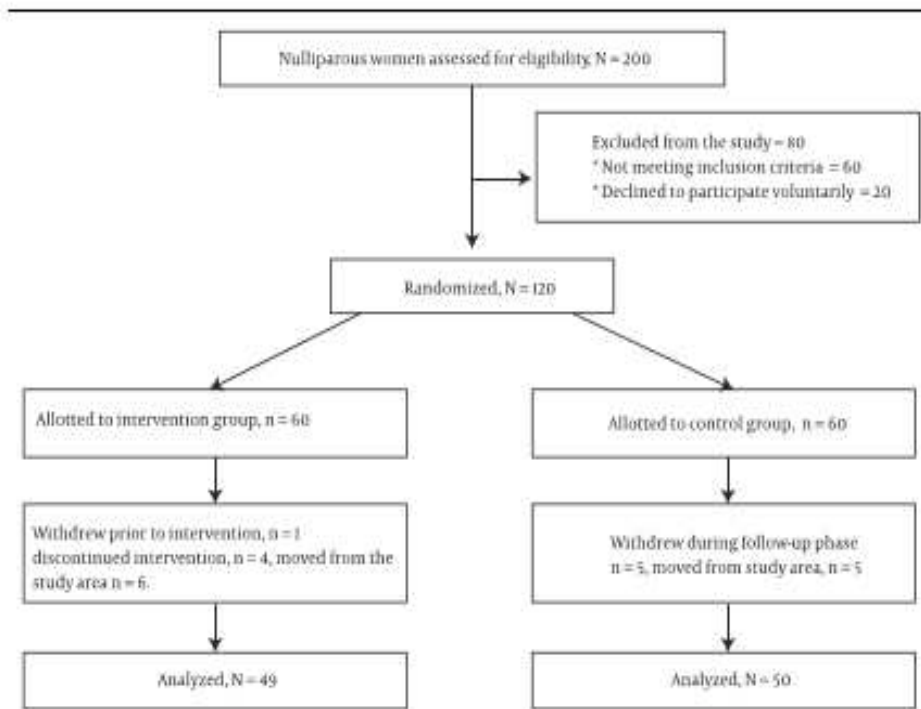


Figure 1. Consort Diagram of the Study

3.1. Instruments: State Trait Anxiety Inventory (STAI)

In this study, general anxiety was measured by a standardized tool state trait anxiety inventory (STAI) (28). The STAI consists of 40 items and comprises separate self-report scales for assessing state and trait anxiety with 20 separate items for each. The total score of STAI ranges from 40 to 160, with a minimum score of 20 to a maximum score of 80 in both State and Trait subscales. This tool has been widely used and validated for assessment during pregnancy. Internal consistency ranged from 0.86 to 0.85 for state and 0.89 to 0.91 for trait subscales (28).

3.2. Pregnancy-Specific Anxiety Inventory (PSAI)

Pregnancy-specific anxiety was assessed by standardized structured pregnancy-specific anxiety inventory (PSAI), a self-report questionnaire on a five-point Likert scale (5 = very severe anxiety, 4 = severe, 3 = moderate, 2 = mild, and 1 = no anxiety) with 40 items distributed under four subsections with a score of 200. The four PSAI subsections are anxiety about being pregnant (ABP) with 16 items; anxiety of childbirth (ACB) with 10 items;

anxiety about breastfeeding (ABF) with 8 items and, and 6 items related to anxiety about newborn care (ANB). The face and content validity of the PSAI was established by experts review and piloted for feasibility. Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.76.

To assess the pregnancy outcomes, the pregnancy outcome check list with 15 items pertaining to labor, delivery and newborn (method and type of labor, reasons for cesarean birth/assisted birth, perineal tear degrees, postpartum hemorrhage, Apgar score, birth injury, birth weight, gestational age) were collected from the birth records of the participants; the inter-rater reliability coefficient was 0.883.

Knowledge on childbirth preparation was assessed by structured questionnaire consisting of 25 questions with a total score of 60. Out of 25 items, each item had one or more than one correct response and a score of one point was allotted to each correct answer. The content and face validity of the knowledge questionnaire was determined by experts review and piloting. The reliability coefficient was 0.823.

Socio-personal and obstetric variables were women's age, education and occupation, history of abortion, type of family, sources of information, and any family history of mental illness. Spouse habits of smoking, alcoholism and the available support system were included.

Marital satisfaction and quality of marital life and relationship with in-laws were explored on a five-point rating scale.

3.3. Planned Childbirth Educational Program (PCEP)

Planned childbirth educational program (PCEP) was developed to provide information related to the process of childbirth and preparation of pregnant women for childbirth. It included basic anatomy and physiology of the female reproductive system, tips for nutrition, signs and stages of labor, self-care activities and examinations done during intranatal period, breathing exercises and relaxation techniques for reducing labor pain, and breast feeding. The content of the PCEP was validated by an obstetrician, nursing faculty and the practicing midwives. The content for the intervention was made available as printed and video materials. The developed PCEP was implemented to the experimental group for three times.

3.4. Ethical Consideration

The study was approved by the institutional ethical advisory committee of the schools of behavioral sciences at Mahatma Gandhi University, Kerala (SBeS /612/2003 dated 9/01/2003). Data collection permission was obtained from the district medical officer, Kollam hospitals. An informed written signed consent was obtained from each participant. The consent emphasized voluntary nature, anonymity and assured that the participants have all the right to withdraw from the study at any point without affecting their routine care. No personal identification data were included rather each data sheet was coded. The data were kept under lock and key and confidentiality maintained.

3.5. Data Collection

Each eligible third trimester nulliparous pregnant woman, who were willing to participate in the study was recruited from the antenatal clinics of the major maternity hospital of Kollam, Kerala, India, during the period of 2004 - 2005. The selected 120 participants were initially interviewed for 25 - 30 minutes for their socio-personal variables and childbirth knowledge. Then the participants were given both STAI and PSAI anxiety questionnaires, and were asked to self-rate their anxiety levels. After the pretest, the participants were randomly allocated

to control (60) and experimental (60) groups, using simple random method. The experimental group was exposed to three sessions of 45 - 60 minutes PCEP on a weekly basis. The educational interventions were carried out by the researchers in small groups of 2 - 4 nulliparous pregnant women depending on the availability of the sample. A small room attached with antenatal clinic was utilized for the education purpose. The teaching method adopted was discussion, using charts, models and diagrams, power points demonstration and return demonstration of breathing and relaxation techniques. In addition to this formal educational session, each participant in the intervention group was exposed to a 20-minute video show on childbirth education, which had the same content. Handout of the full content with illustrated diagrams was also provided to the participants in the experimental group as a home reference. The control group was exposed to the hospital routine antenatal care without any formal childbirth education classes.

After two weeks of their final sessions of PCEP, and before the delivery, all participants in both groups received a second set of the same questionnaires of knowledge and anxiety inventories as post-test and re-assessed their knowledge and anxiety levels. Using the pregnancy outcome checklists data such as method of delivery, duration of birth, labor induction and reasons for abnormal births, types of perineal tear, postpartum hemorrhage, neonatal outcomes such as birth weight, gestational age, Apgar score, need for neonatal resuscitation and birth injury etc. were collected from the hospital's birth records of the participants.

3.6. Data Analysis

The data were analyzed, using SPSS Version 16, with two-tailed significance level of less than 0.05 (P). T-test and general linear model (GLM) Repeated Measures test were used to test the differences in pregnancy-specific anxiety and effectiveness of interventions in both groups of nulliparous women. GLM-Repeated Measures model tested the main effect on repeated measures between subject's factors, main effects of within subject's factors like measurement times, interaction effects between factors, covariates effects, and effects of interaction between covariate and between-subjects factors.

4. Results

Table 1 reveals that the pregnant women of both groups were matched with respect to socio-personal variables ($P > 0.05$). The groups' general anxiety (STAI) levels were also compared (Table 2) and found to be homogenous prior to intervention ($P > 0.05$).

Table 1. Frequency Distribution of Socio-Demographic Variables of the Control and Experimental Groups^a

Socio-Demographic Variables	Control Group, n = 50	Experimental, n = 50	P Values
Age in year			0.463
18- 24	42 (84)	39 (78)	
25 - 30	8 (16)	8 (16)	
Religion			0.214
Hindu	28 (56)	34 (68)	
Christian	8 (16)	8 (16)	
Muslims	8 (16)	8 (16)	
Education of women			0.726
Below high school	3 (6)	6 (12)	
High school	16 (20)	13 (26)	
Higher secondary & above	28 (56)	31 (62)	
Occupation of women			0.626
Unemployed	41 (82)	46 (92)	
Employed	8 (16)	10 (20)	
Monthly income			0.408
< 2500	10 (20)	12 (24)	
2500 - 5000	23 (46)	15 (30)	
> 5000	17 (34)	23 (46)	
Types of family			0.264
Nuclear	33 (66)	38 (76)	
Jointed	17 (34)	12 (24)	
Sources of information			0.488
TV & magazines	30 (60)	33	
Friends & relatives	8 (16)	4	
All of the above	10 (20)	13 (26)	
History of abortion			0.065
Yes	3 (6)	3 (6)	
No	47 (94)	47 (94)	
Relationship with husband			0.004
Highly satisfied	22 (44)	23 (46)	
Satisfied	23 (46)	24 (48)	
Less satisfied	5 (10)	3 (6)	
Care from husband			0.107
Highly satisfied	28 (56)	35 (70)	
Satisfied	18 (36)	15 (30)	
Less satisfied	4 (8)	0	
Cooperation from in-laws			0.503
Highly satisfied	18 (36)	18 (36)	
Satisfied	24 (48)	26 (52)	
Less satisfied	8 (16)	6 (12)	
Support system			0.691
Husband only	4 (8)	3 (6)	
Own family & husband	10 (20)	12 (24)	
Husband's family	10 (20)	10 (20)	
Both families & husband	26 (52)	25 (50)	

^aAll data are presented as No. (%).

Table 3 demonstrates that both the control and experimental groups had a poor knowledge on childbirth

preparation. After the PCEP intervention, the experimental groups' knowledge scores improved. The high post-test

Table 4. Mean, Standard Deviation, and Level of Significance of Pretest Scores of State Anxiety Trait Anxiety (STAI) of the Control and Experimental Groups^a

State Trait Anxiety Index (STAI)	Control Group	Experimental Group	Mean (95% CI)	P Values
	Pretest	Pretest		
State anxiety	54.42 ± 8.458	54.68 ± 1.238	54.1 (50.55 - 59.65)	0.566
Trait anxiety	50.26 ± 4.407	49.98 ± 3.918	48.3 (45.48 - 55.14)	0.788
STAI	104.88 ± 7.104	105.88 ± 7.300	104.8 (100.7 - 112.5)	0.771

^aAll data are presented as Mean ± SD.

mean scores (54.30) of knowledge on preparation of childbirth among the experimental group were statistically significant at 0.001 level.

Table 4 shows significant differences in the means of pre-posttest scores of PSA and its subsections of women in the control and experimental groups. The highest impact was observed in the area of anxiety about childbirth and being pregnant. These decreased scores of PSA and its four components, with marked changes in childbirth anxiety among pregnant women in the experimental group, were found to be highly significant according to GLM test (Table 5).

The within subject test in repeated-measures-GLM revealed a significant time effect on anxiety across the two points, indicating that the groups' pregnancy-specific anxiety changes over time (Table 5). The interaction of time point measures of pregnancy-specific anxiety with control and experimental groups were found to be significant, indicating that the control and experimental groups' pregnancy-specific anxiety changed over time, but the changes occurred in different ways. The low and statistically significant ($P < 0.001$) post-test scores in pregnancy-specific anxiety and PSA subsections, especially for the section of childbirth anxiety among women in the intervention group, were attributed to the impact of childbirth education.

The STAI post-test mean scores of the experimental group were less than the control group (Table 6). The reduction in general anxiety scores, including both state and trait anxiety scores of the intervention group was found to be statistically significant according to independent t-test ($t = 4.744, P < 0.001$). It is evident that although there was a significant reduction in STAI scores, childbirth educational interventions were more sensitive and effective in reducing pregnancy related anxiety levels.

The comparison of pregnancy outcomes between the control and experimental groups revealed that 68% of the experimental group had normal labor compared to 52% in the control group. Assisted delivery due to failure of mother's secondary power reduced from 14% to 10% in the experimental group. Of the women in the experimen-

tal group, 12% had cesarean section compared to 24% in the control group. This 50% reduction of cesarean section could be attributed to the effect of interventions. Only 6% of the pregnant women in the experimental group demanded for cesarean section due to their childbirth anxiety compared to 16% in the control group.

Although not all variables of pregnancy outcomes were significantly changed with the impact of childbirth education, the following variables showed an impact of childbirth education: 96% of the newborns of the interventional group were born at term compared to 84% of the control group. It should be noted that birth weights were increased in 12% of the newborns of the intervention group. Reduction of labor induction rate of 8%, and 4% reduction in prolonged labor among the experimental group were identified. These higher percentages of positive labor outcomes of the interventional group could be related to their reduced pregnancy-specific anxiety levels. Other pregnancy outcomes such as perineal tear, postpartum hemorrhage, neonatal outcomes such as Apgar score, need for neonatal resuscitation and birth injury were not found to be significantly different in the intervention group.

5. Discussion

This study reveals that most nulliparous pregnant women had poor knowledge of childbirth preparation and high levels of pregnancy-specific anxiety, especially of childbirth anxiety. Poor knowledge on childbirth preparation would have contributed to high degree of childbirth anxiety among these nulliparous women. Nulliparous women, who had childbirth education sessions, reported a significant improvement in the knowledge on childbirth preparation. This indicates that the childbirth education program improved the knowledge of nulliparous pregnant mothers on childbirth.

The statistically significant differences in the PSA between the two groups indicated that the PCEP was effective in reducing their pregnancy-specific anxiety. Although there was a significant reduction in STAI scores,

Table 3. Mean, SD and Level of Significance of Pre-Post Test Scores of Knowledge on Preparation of Childbirth in the Control and Experimental Groups^a

Pre & Post Test	Knowledge on Childbirth Preparation (KCBP)		Mean (95% CI)	P Value
	Control Group	Experimental group		
Pre test	29.25 ± 1.42	29.24 ± 2.40	29.5 (27.56 - 31.04)	> 0.05
Post test	33.08 ± 1.96	34.30 ± 1.88	33.9 (32.01 - 37.00)	= 0.001

^aAll data are presented as Mean ± SD.

Table 4. Mean and SD of Pre- Post Test Scores of PSA and Four Sections of PSA in the Control and Experimental Groups^a

Pregnancy Specific Anxiety Index (PSAI)	Control Group		Experimental Group	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
PSA	107.40 ± 5.58	106.00 ± 4.9	138.46 ± 6.00	102.00 ± 4.55
ABP	55.58 ± 3.49	55.58 ± 3.90	55.64 ± 3.48	35.94 ± 2.70
ACB	36.08 ± 2.82	38.72 ± 2.62	37.63 ± 3.64	26.24 ± 2.09
ABF	26.36 ± 1.58	26.48 ± 2.34	26.36 ± 1.59	26.78 ± 2.62
ANB	17.28 ± 1.42	17.52 ± 1.25	16.79 ± 1.52	15.24 ± 1.43

Abbreviations: PSA, pregnancy specific anxiety; ABP, anxiety about being pregnant; ACB, anxiety of child birth; ABF, anxiety about breast feeding; ANB, anxiety about newborn care.

^aAll data are presented as Mean ± SD.

Table 5. GDM Repeated Measures Analysis of PSA and Section Wise Pregnancy Specific Anxiety With Respect to Control and Experimental Groups

Repeated Measures	Patterns of Measures	F	Significance (P)
PSAI pre test	Test between subjects effect	457.7	0.001
PSAI post test	Test within subjects effects	1052	0.001
	Interaction	234	0.001
ABP pre test	Test between subjects effect	18.99	0.001
ABP post test	Test within subjects effects	500	0.001
	Interaction	155.94	0.001
ACB pre test	Test between Subjects Effect	113.26	0.001
ACB post test	Test within subjects effects	187	0.001
	Interaction	71.72	0.001
ABF pre test	Test between subjects effect	84.88	0.001
ABF post test	Test within subjects effects	154	0.001
	Interaction	20	0.001
ANB pre test	Test between subjects effect	85.75	0.001
ANB post test	Test within subjects effects	182.7	0.001
	Interaction	48	0.001

Abbreviations: PSA, pregnancy specific anxiety; ABP, anxiety about being pregnant; ACB, anxiety of child birth; ABF, anxiety about breast feeding; ANB, anxiety about newborn care.

the childbirth educational interventions were more sensitive and effective in reducing pregnancy related anxiety levels. These findings demonstrated that planned childbirth education was effective in improving the knowledge of nulliparous pregnant women on childbirth preparation and reducing their pregnancy related anxieties. The practice of breathing exercise and relaxation techniques conditioned nulliparous women and reduced their childbirth

anxiety, helping them to cope with the labor process. The findings of less childbirth anxiety among the low-risk nulliparous pregnant women, who attended antenatal education classes, are congruent with previous findings (1-4, 7, 9). The current study findings of the effect of childbirth educational interventions also demonstrated lower scores of STAI among the intervention group, which are consistent with findings of Newham (28), which showed a signifi-

Table 6. Mean, SD and Level of Significance of Posttest Scores of STAI, State Anxiety and Trait Anxiety in Control and Experimental Groups^a

State Trait Anxiety Index (STAI)	Control Group	Experimental Group	Mean (95% CI)	P Value
	Posttest	Posttest		
State anxiety	59.98 ± 4.51	45.58 ± 4.73	45.5 (40.6 - 54.64)	< 0.001
Trait anxiety	49.22 ± 4.20	44.80 ± 5.58	44.9 (40.22 - 54.80)	< 0.001
STAI	100.20 ± 7.22	90.38 ± 9.15	89 (80.7-109.2)	< 0.001

^aAll data are presented as Mean ± SD.

cantly lowered STAI scores due to effect of single and multiple sessions of interventions designed to reduce maternal anxiety.

Our study findings signify the need for establishing programmed childbirth education classes for nulliparous pregnant women to empower them with sufficient knowledge and engage them to practice relaxation techniques, which will in turn reduce their pregnancy-specific anxiety, especially that of childbirth anxiety. Reduced pregnancy-specific anxiety, especially childbirth anxiety component, among nulliparous women in the interventional group emphasized the importance of informed childbirth educational classes availability and accessibility for pregnant women, especially for nulliparous women of Kerala. The degree of reduction of pregnancy-specific anxiety as an impact of childbirth educational intervention was more marked as compared to general anxiety reduction. Hence, it highlights the importance of proper childbirth education during pregnancy, especially at the third trimester of pregnancy, to reduce pregnancy-specific anxieties, especially that of childbirth anxiety.

In this study, a significant reduction of 50% in cesarean birth among the interventional group is a considerable finding. Furthermore, the maternal demand for cesarean birth was only 6% among the interventional group and was significantly reduced compared to in the control group (16%). These findings revealed that there were more than doubled numbers of maternal requests for cesarean birth among nulliparous women, who had intense childbirth anxiety. The main cause of high demand for cesarean birth was due to women's fear and anxiety of vaginal birth. Intense childbirth fears and anxiety predict more childbirth pain and increase the risk of emergency cesarean delivery, causing a high number of women to request caesarean birth. This finding is supported by previous study findings (7, 8, 12-14, 16, 17, 20-25). These higher percentages of positive labor outcomes of the interventional group could be related to their reduced PSA levels. A reduction of maternal request for cesarean births from 16% to 6% in the experimental group is credited to the reduced pregnancy-specific anxiety as an impact of childbirth educational in-

tervention.

One of the main strategies to help reduce anxiety of childbirth and allay concerns about labor pain is the formal childbirth education, especially to nulliparous women, who are more anxious about childbirth. The present intervention of formal childbirth education among nulliparous third trimester pregnant women was effective in reducing their childbirth anxiety, and produced better labor outcome in terms of decreased cesarean births and increased vaginal deliveries. These findings are consistent with previous evidences, which affirmed that nulliparous women who attended childbirth classes were found to have less maternal anxiety, low percentages of cesarean birth, and more vaginal delivery (1-4, 7-9, 22).

The study findings is an evidence of the impact of childbirth education on pregnancy outcomes in terms of improved weeks of gestation, birth weight, and reduction in prolonged labor, induction of labor and cesarean births. This study emphasizes that childbirth education during pregnancy is effective to reduce pregnancy-specific anxiety and the adverse labor outcomes. These findings are consistent with previous research findings (4, 5, 8, 13, 19).

Although the results revealed a relationship between pregnancy-specific anxiety and cesarean birth and few other variables measured as pregnancy outcomes, no significant relationship was found between pregnancy specific anxiety and neonatal outcomes such as Apgar scores, neonatal resuscitation, and neonatal intensive care admission. These findings are in par with recent findings of Varela *et al.* (29) from Greece. They concluded that mild to moderate anxiety and depression during the third trimester pregnancy were not associated with neonatal outcomes such as Apgar scores, or neonatal intensive care admission.

Implications: The current results underline the significance of preparing nulliparous pregnant women for healthy births. Integration of PSA screening and incorporation of childbirth education as a part of routine antenatal care would enhance health promotional activities among pregnant women, especially in nulliparous

women. The impact of childbirth education on pregnancy anxiety and pregnancy outcomes is promising, and midwives and nurses can play an important role to enhance better pregnancy outcomes. The role of maternity nurse as a childbirth educator is important, as nurses are available in all health care settings. Implementing regular organized childbirth education by midwives and nurses in antenatal clinics and inpatient services of the current setting is highly recommended. Moreover, propagation of childbirth education through mass media is suggested. Policy-makers should consider integrating a national policy for the availability and accessibility of routine childbirth education to all pregnant women in all health care settings. The study recommends further evaluative studies on the use of alternative interventions such as yoga and meditation, aerobics, music therapy, and self-efficacy aimed at reducing pregnancy-specific anxiety and improving birth outcomes.

Limitation: The measurement of pregnancy outcomes from the recorded data was the feasible measures, but its consistency was ensured as all hospitals use standardized labor records. The attrition of 16 % of pregnant women from the initial sample after the beginning of the intervention did not affect the analysis and interpretation.

5.1. Conclusion

Childbirth education prepares pregnant women for delivery and allay their fears and anxieties related to childbirth. This study revealed that childbirth education program improved the knowledge of nulliparous women on preparation for labor and delivery. The findings indicated that structured childbirth education programs significantly reduced pregnancy specific anxiety of nulliparous pregnant women and adverse pregnancy outcomes, especially of requested cesarean sections. Bestowing childbirth education to nulliparous women ensures better labor outcomes. Familiarization with techniques of relaxation and the process of labor and delivery before giving birth has impact on expectant mothers, especially on nulliparous women as it addresses their pregnancy-specific anxieties and enhances better pregnancy outcomes. Improved knowledge on childbirth preparation and decreased childbirth anxiety ensures better self-efficacy and satisfaction of childbirth among nulliparous women.

Acknowledgments

The nurses, midwives and obstetricians of the government hospital are gratefully acknowledged for their cooperation and support in recruiting the participants.

Footnotes

Authors' Contribution: The corresponding author contributed to the conceptualization, study design, methods, data collection, results, discussion and final draft of the paper. Coauthors contributed to data analysis, discussion, critical analysis and final draft of the paper.

Financial Disclosure: None declared.

Funding/Support: There was neither application for nor use of funding for this study.

References

1. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs*. 2009;20(15):2125-31. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02210.x. [PubMed: 19182643].
2. Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Womens Birth*. 2013;26(1):5-8. doi: 10.1016/j.wombi.2012.09.001. [PubMed: 23662991].
3. Stoll KH, Hall W. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: is there a connection? *J Perinat Educ*. 2012;21(4):229-37. doi: 10.1891/1058-4243.21.4.229. [PubMed: 23997551].
4. Reck C, Zimmer R, Dutber S, Zipser B, Schlege B, Gawlik S. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(5):361-9. doi: 10.1007/s00775-013-0244-0. [PubMed: 23518948].
5. Gonsoni BI, Calderon JM, Gonsoni M, De Conti MH, Prevedel T, Rudge MV. An interdisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health*. 2010;7:28. doi: 10.1186/1742-4755-7-28. [PubMed: 21034460].
6. Antesa-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdeguamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Baizalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010;59(1):194-202. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181d8bb4e. [PubMed: 20421642].
7. Sercecius P, Okumus H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 2009;29(2):63-62. doi: 10.1016/j.midw.2007.02.005. [PubMed: 17600599].
8. Khunpradit S, Taveender E, Lumbiganon P, Laopachon M, Wataik J, Griem RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(6):009528. doi: 10.1002/14651858.CD009528.pub2. [PubMed: 20578148].
9. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutzo R. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(2):182-7. doi: 10.1016/j.jmwh.12075. [PubMed: 24325752].
10. Hashemieh C, Neisani Samani L, Taghinejad H. Assessment of Anxiety in Pregnancy Following Assisted Reproductive Technology (ART) and Associated Infertility Factors in Women Commencing Treatment. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15(12):14465. doi: 10.5812/ircmj.14465. [PubMed: 24693397].
11. Teixeira C, Figueiredo B, Cunde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):142-8. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005. [PubMed: 19346001].
12. Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2009;116(10):1250-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x. [PubMed: 19528402].

13. Hernandez-Martinez C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. *Women Health*. 2011;51(2):324-35. doi: 10.1080/03610242.2010.550991. [PubMed: 2147673].
14. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807-13. doi: 10.1080/00016340902998436. [PubMed: 19488882].
15. Madhwanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairi KS. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *Int J Afr Nur Sci*. 2015;1:1-7.
16. Hall WA, Stoll K, Hurton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:78. doi: 10.1186/1471-2393-12-78. [PubMed: 22862846].
17. Lynn FA, Alderdice FA, Crealey GE, McElroy JC. Associations between maternal characteristics and pregnancy-related stress among low-risk mothers: an observational cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(5):620-7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.002. [PubMed: 21087707].
18. Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks?. *Compr Psychiatry*. 2013;54(3):207-28. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.000. [PubMed: 22943960].
19. Loomans EM, van Dijk AE, Vrijlkotte TG, van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJ, et al. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):485-91. doi: 10.1093/eurpub/ckd097. [PubMed: 22850187].
20. Catov JM, Abatemarco DJ, Markovic N, Roberts JM. Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth. *Matern Child Health J*. 2010;14(5):758-64. doi: 10.1007/s10995-009-0583-y. [PubMed: 19697113].
21. Røtthe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG*. 2013;120(1):75-84. doi: 10.1111/1471-0528.12011. [PubMed: 23321002].
22. Rubertsson C, Hellstrom J, Cross M, Sydsjo G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(3):221-8. doi: 10.1007/s00737-013-0409-0. [PubMed: 24442712].
23. Handelszalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A, Sadan O. Personality fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(1):16-21. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01287.x. [PubMed: 21950565].
24. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*. 2014;30(2):220-8. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.007. [PubMed: 23968778].
25. Fensick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery*. 2010;26(4):394-400. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.011. [PubMed: 19176444].
26. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):002869. doi: 10.1002/14651858.CD002869.pub2. [PubMed: 17616711].
27. Chan YH. Randomised Controlled Trials (RCTs) - Sample Size: The Magic Number? *Basic Statistics for Doctors*. Singapore Med J. 2003;44(4):372-4.
28. Newham J, Westwood M, Aplim JD, Wittkowski A. State-trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies. *J Affect Disord*. 2012;142(1-3):22-30. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.027. [PubMed: 22959885].
29. Varela P, Spyropoulou AC, Kalogerakis Z, Moraitou M, Zervas IM. Limited Depressive and Anxiety Symptoms Late in Pregnancy Are Not Related to Neonatal Outcomes. *Nurs Midwifery Stud*. 2015;4(3):293108. doi: 10.17755/nmsjournal293108. [PubMed: 26578444].

Copyright of Nursing & Midwifery Studies is the property of Kowsar Corporation and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.



ORIGINAL ARTICLE

GROUPS OF PREGNANT WOMEN: SPACE FOR PROMOTION OF COMPREHENSIVE CARE

GRUPOS DE GESTANTES: ESPAÇO PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

GRUPOS DE MUJERES EMBARAZADAS: ESPACIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

Grelce Carvalho de Matos¹, Carolina Carbonelli dos Santos², Ana Paula de Lima Escobal³, Marilu Correa Soares⁴, Sonia Maria Konzgen Meincke⁵

ABSTRACT

Objective: meeting the strengths and/or weaknesses in the group of pregnant women as a space for exchange of knowledge and practice, for the humanization of the birth process. **Method:** this is a descriptive and exploratory study, with ten women users of a Basic Health Unit who participated in groups of pregnant women during their pregnancy. The production of data was carried out through semi-structured interviews, which were recorded and transcribed. The analysis was based on Thematic Analysis, after the project has been approved by the Research Ethics Committee, CAAE 20722913.7.D000.5317. **Results:** groups of pregnant women: space for construction of knowledge about the process of pregnancy, childbirth and postpartum; sharing feelings, knowledge and practice in pregnancy groups. **Conclusion:** the groups were an important space for exchange of knowledge and experiences, as an important resource for the empowerment of women in planning and experience of the process of gestating and giving birth. **Descriptors:** Primary Health Care; Pregnant Women; Health Promotion.

RESUMO

Objetivo: conhecer as potencialidades e/ou fragilidades do grupo de gestantes como espaço de trocas de saberes e práticas, com vista à humanização do processo de parturição. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com dez mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde que participaram de grupos de gestantes no decorrer de sua gestação. A produção de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise foi fundamentada na Análise Temática, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 20722913.7.D000.5317. **Resultados:** grupos de gestantes: espaço para construção do conhecimento sobre o processo de gestação, parto e puerpério; compartilhando sentimentos, saberes e práticas nos grupos de gestantes. **Conclusão:** os grupos mostraram-se um espaço de importante troca de saberes e experiências, sendo um importante recurso para o empoderamento das mulheres no planejamento e vivência do seu processo de gestar e parir. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Gestantes; Promoção da Saúde.

RESUMEN

Objetivo: conocer el potencial y/o debilidades del grupo de mujeres embarazadas como un espacio de intercambio de conocimientos y prácticas para la humanización del proceso de parto. **Método:** se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con diez mujeres usuarias de una Unidad Básica de Salud que participaron en grupos de mujeres durante su embarazo. La producción de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, que fueron grabadas y transcritas. El análisis se basó en el Análisis Temático, después de que el proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE 20722913.7.D000.5317. **Resultados:** los grupos de mujeres embarazadas: espacio para la construcción de conocimiento acerca del proceso de embarazo, parto y postparto; compartir sentimientos, conocimientos y prácticas en grupos de embarazo. **Conclusión:** los grupos fueron un espacio importante de cambio de conocimiento y experiencias, como un recurso importante para el empoderamiento de las mujeres en la planificación y la experiencia del proceso de gestar y dar a luz. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud; Mujeres Embarazadas; Promoción de la Salud.

¹Nurse, Master's Student, Postgraduate Nursing Program, Federal University of Pelotas/PPGEn/UFPEL, Scholarship from CAPES-DS, Master's Level, Pelotas (RS), Brazil. Email: grelcecmatos1709@hotmail.com; ²Nurse, Master of Nursing, Master Teacher of Nursing, Nursing Program, University of Região da Campanha, Doctoral Student, Postgraduate Nursing Program, Federal University of Pelotas/PPGEn/UFPEL, Pelotas (RS), Brazil. Email: carolinquineweb@hotmail.com; ³Nurse, Master of Nursing, Doctoral Student, Postgraduate Nursing Program, Federal University of Pelotas/PPGEn/UFPEL, Pelotas (RS), Brazil. Email: anapaulaescobal@hotmail.com; ⁴Nurse Midwife, Professor in Public Health Nursing, Nursing School of the Federal University of Pelotas/UFPEL, Pelotas (RS), Brazil. Email: erfmar@uol.com.br; ⁵Nurse, Professor of Nursing, Nursing School, Federal University of Pelotas/UFPEL, Pelotas (RS), Brazil. Email: meincke@terra.com.br

INTRODUCTION

Pregnancy, childbirth and the postpartum period are periods that are part of the reproductive experience of men and women involving also their families and the community. They are in important experiences and meaningful to the woman and her partner, because they involve numerous emotional, physical, hormonal and social inclusion changes that alter the scenery and life expectancies of those involved in the birth process.¹

The Ministry of Health emphasizes that during the prenatal, health professionals need to provide reception, open dialogue, sensitivity and perception capacity, without judgment or prejudice, allowing the pregnant woman exposing their intimacy with security and enabling thus the woman and their families the construction of knowledge about the gestational process, which will result in a labor and peaceful and healthy birth.²

One way to answer the doubts related to the process of pregnancy, childbirth and postpartum women and enables the active role and protagonist of birthing process is the creation of groups of pregnant and postpartum women. This space allows women take care of their health in context and knowledge takes place through the exchange of knowledge and practices among participants.³

Working with groups need to be part of health professionals every day, because this space is possible to have a holistic view of the human being to the extent that there is the fusion between scientific knowledge and common sense, considering the values and characteristics of each, overcoming individualistic and fragmented service models.³

It becomes important to recognizing the work in groups of pregnant women, as a possibility to return to them their child's birth starring role. In this context, promote activities that preserve the social context of each participant, their culture and their values result in the construction of knowledge together in promoting comprehensive care and humanization of pregnancy, birth and postpartum.

Given the above, this study aimed to:

- Recognizing the strengths and/or weaknesses of the group of pregnant women as a space for exchange of knowledge and practice, in view of the humanization of the labor process.

METHODOLOGY

Article drawn from the monograph << Pregnants' groups: space for exchange of knowledge and practices in the parturition >> presented to the School of Nursing of the Federal University of Pelotas/UFPel. Pelotas, Brazil, 2013.

This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach. This is an excerpt of the course conclusion work entitled " Pregnants' groups: space for exchange of knowledge and practices in the parturition."

The participants were ten women users of a Basic Health Unit in the South. Inclusion criteria were: women who have participated in groups of pregnant women during their pregnancy in January 2012 period to November 2013; have availability to participate; be aware and located in time and space; agree to the disclosure and publication of results in academic and scientific circles; allow the use of recorder during interviews.

Ten women were participants who were part of the group of interviewees, determined after occur theoretical saturation,⁴ defined as the time when some substantially new appears, considering each of the issues addressed and/or identified during the analysis.

The data collection took place through semi-structured interviews that were pre-scheduled and occurred in Basic Health Unit, which took place the groups of pregnant women during the month of November 2013.

Qualitative data were processed and analyzed with the Thematic Analysis, identifying the units of meaning present in the speech of participants. Therefore, three stages were developed: pre-analysis, material exploration, processing and interpretation of results. In the first stage, the data were organized to carry out a deeper analysis, a floating reading of all the communications being made. In the second stage sought the categories, which can be words or meaningful expressions that organizing the content of the speeches and in the final stage, from the organization of the data, interpretations were performed, looking for meanings and interrelationships of what had been said.⁵

The research was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Federal University of Pelotas in the Presentation Certificate for Ethics-CAAE Assessment 20722913.7.D000.5317. This study followed the Resolution 466/2012⁶, of the National Council of the Ministry of Health, which deals with human research. The anonymity of the participants was ensured by

means of fictitious names princesses of fairy tales free choice of research participants.

Thus, from the speeches were elected to this article the themes: pregnant women groups: construction space of knowledge about the process of childbirth and pregnancy and postpartum Sharing feelings, knowledge and practices in pregnancy groups.

RESULTS AND DISCUSSION

Study participants were ten women who participated in groups of pregnant women during the last pregnancy. To better understand the results we present women who were identified by fictitious names of fairy tales princesses.

Beautiful: 18 years old, incomplete high school, lives with a partner, evangelical, one gestation, one living child, no abortion, housewife, family income of a minimum wage, menarche at 13 years old, first sexual intercourse at 17, cesarean section, not pregnancy planned, participated in the group until September 2013.

Snow White: 22 years old, incomplete primary education, lives with a partner, Catholic, two pregnancies, one living child, an abortion at 21, housewife, family income of two minimum wages, menarche at 17, first sexual intercourse at 17, vaginal birth, planned pregnancy, attended the group until February 2013.

Pocahontas: 30 years old, incomplete primary education, lives with a partner, has no religion, two pregnancies, two living children, no abortion, housewife, family income of a minimum wage, menarche at 13 years old, first sexual intercourse at 17, vaginal birth, planned pregnancy, attended the group until May 2012.

Sleeping Beauty: 31 years old, completed high school, lives with a partner, Catholic, four pregnancies, four living children, no abortion, housewife, family income of two minimum wages, menarche at 14 years old, first sexual intercourse at 17, cesarean birth, pregnancy planned, participated in four groups by August 2013.

Cinderella: 25, completed elementary school, lives with a partner, Umbanda follower, four pregnancies, three living children, one abortion, housewife, family income of four hundred reais, menarche at 13 years old, first sexual intercourse at 16, cesarean birth, planned pregnancy, participated in four until August 2012.

Ariel: 23, completed elementary school, lives with a partner, evangelical, one gestation, one living child, no abortion, housewife, family income of two minimum

wages, menarche at 15 years old, first sexual intercourse at 16, vaginal childbirth, pregnancy planned, participated in two groups until November 2013.

Jasmine: 16, completed elementary school, lives with a partner, has no religion, one pregnancy, a living child, no abortion, housewife, family income of a minimum wage and a half, menarche at 12 years old, first sexual intercourse at 15, cesarean birth, unplanned pregnancy, participated in six groups by March 2013.

Tiana: 27, completed elementary school, lives with companion, has no religion, a pregnancy, a living child, no abortion, housewife, family income of a minimum wage, menarche at 12 years old, first sexual intercourse at age 20, cesarean section, pregnancy planned, participated in three groups until January 2013.

Rapunzel: 21, incomplete primary education, lives with a partner, has no religion, pregnancy, one living child, no abortion, housewife, family income of a minimum wage, menarche at 13 years old, first sexual intercourse at 15, cesarean birth, pregnancy planned, participated in five groups by March 2013.

Mulan: 32, completed high school, lives with a partner, Catholic, two pregnancies, two living children, no abortion, housewife, family income of a minimum wage, menarche at 14 years old, first sexual intercourse at 15, cesarean birth, unplanned pregnancy, participated in four groups until July 2013.

• Pregnant women groups: construction space of knowledge about pregnancy, childbirth and postpartum.

Pregnancy is a period permeated through major changes, especially for primiparous. The beginning and the development of a pregnancy is perceived as a whole, as a complex phenomenon, being marked by profound physiological changes, psychological and social context. These changes interfere impactful way the intrapsychic and relational world of women, significantly changing the vision she has of herself and her relationship with the world.⁷

In this given situation, it realizes the importance of an environment where pregnant women can expose their feelings; ask questions, contact with education initiatives, prevention and health promotion. Thus, the group methodology is presented as a device that will enable professionals to develop health education and prevention actions will certain population groups/communities.⁸

Specifically in obstetrics, working with groups provides the contact between pregnant

women of different ages, gestational ages and socioeconomic conditions. Furthermore, it allows greater interaction of the mother with the health team, enabling exchange of knowledge among primiparous, multiparous and professionals. Note that the presence of multiparous pregnant women usually enriches the discussions, by highlighting issues experienced and anchored in experience such as pregnant women and mothers.⁹

The women in this study, when asked about the relevant issues triggered by participation in the group were unanimous that the groups were important in the experience of pregnancy, childbirth and the postpartum period, which can be observed in the statements:

It was very good, because the things I didn't know I learned here, and now I teach my friends who are pregnant. (Bella)

Participate in groups only brought positives because everything I learned here, I would need to learn alone, since nobody ever talked to me about these issues. (Snow White)

It was great, just learned good things and sorry I missed some meetings. (Pocahontas)

For me all matters were very important, especially for first-time mothers, because everything you taught us were topics that never speak in prenatal consultations here on the Health Center. (Sleeping Beauty)

Participate in the group was a teaching; I can't say it was bad, because it was all very good, here I learned how to take care of my daughter. (Cinderella)

It was very important because there are things that people think they can do, but you taught that cannot. (Jasmine)

The groups have helped me a lot, taught me a lot, especially what was going to happen at the time of childbirth. (Rapunzel)

By analyzing the presented speeches, it becomes clear that Sleeping Beauty and Snow White felt that the pregnancy groups are configured in triggering slot exchange of knowledge and mutual learning, since during the prenatal interviewed were not receiving opportune information and guidance with respect to pregnancy. Faced with this, we see the importance of giving care to pregnant women who, in some situations during prenatal consultations are not possible to develop health education actions. It is understood that the educational process is essential not only for the acquisition of information on the process of gestating and giving birth, but also for the empowerment of women as being and citizen.^{9,9}

The women in this study voiced the importance of pregnant women groups as

information space to experience the gestational process fully, remedying their questions, providing face of the inner difficulties, exchanging experiences and producing knowledge.

Participation in education groups and health promotion during pregnancy and postpartum promotes learning about pregnancy and childbirth dynamic and reflective way, making this unique and special time in a woman's life.⁹

In pichonian perspective learning is a continuous process where communication and interaction are inseparable, as we learn through relationships with others. The learning-centered groups highlights the possibility of a new development of knowledge, integration and questions about self and others.¹⁰

In this respect, the women were asked about the knowledge acquired during the groups. Ariel was the one who reported not remember the topics discussed during the meetings, this lack of memory is believed to be due to their absence in the groups, which certainly hampered the construction of knowledge.

I don't remember because I missed many meetings. (Ariel)

The other emphasized the issues which have provided learning:

You taught that no matter whether it is normal labor or C-section, the milk goes down the same way, and this left me calm because I always wanted to breastfeed. I also learned that there is no weak milk, that all milks have all the baby needs to be healthy. (Bella)

I learned how it's got to be the handle; you need to put the whole areola in the baby's mouth to crack. I learned to take care of belly button also. (Snow White)

I learned how to use contraception after childbirth and how to put a condom. (Pocahontas)

I learned as happened the contractions of childbirth and how to breathe. I also learned what contraceptives should be used in breastfeeding. (Sleeping Beauty)

I learned how to give the bucket bath to soothe the baby, and I'm using the bucket until today. (Cinderella)

I learned that natural childbirth is better than a C-section; the cesarean section can have a lot of complication. (Tiana)

I learned to bathe, and feeding the right way. (Rapunzel)

I learned to take birth control correctly, and I realized that I got pregnant by carelessness with the pill. (Mulan)

It is observed that the themes were repeated and related mostly with the care of the newborn, breastfeeding, contraception and birth, which shows the fears and concerns of women as care for the new being to come.

Contraception was verified in the words of Pocahontas, Sleeping Beauty and Mulan. These women have shown concern to prevent a new pregnancy, at a time when the family is facing the new family member. Control of contraception is a subjective experience that develops in daily life and in relationships with others. The experience with the group, the social and cultural differences mean in the direction of family planning and are fundamental to the emancipation of the subjects in the educational process in health.¹¹

The types of parturition, and fear and myths regarding the choice of the types of, and possible complications were evident in the speech of Bella and Tiana. Thus, the group emerged as a space to demystify and review myths and beliefs related to childbirth, and expand knowledge of the types of labor and family participation in this process.¹²

In this context of research, it is noticed that the groups were developed through health promotion actions that in anatomy and physiology, fetal development, care during pregnancy, childbirth, postpartum, breastfeeding and care of the newborn.

A study of pregnant women groups revealed that participation in groups during pregnancy contributed to demystify and revise beliefs about pregnancy, childbirth and postpartum. This reconfiguration of subjective aspects inherent to all pregnant women, allows better understand the changes in pregnancy and childbirth, as well clarify the rights of women while pregnant, parturient and puerperal.¹²

Thus, the purpose of the groups is to benefit women with knowledge and insights into the changes of this period of his life, in order to reduce fears and anxieties that involve the process of giving birth.⁹

It is believed that the information is women's empowerment tool and the prenatal needs to be space for strengthening the autonomy and role of women to the positive experience of the process of gestate and give birth.

Sharing feelings, knowledge and practices in groups of pregnant.

Fears and anxieties are emotional changes that permeate pregnancy, so the groups appear as a space in which the mother can expose their feelings, answer their questions

and contact with other women who share the same reality.¹²

Contact with other women enables sharing meanings, feelings, knowledge and values. Through the sharing of meanings of the different interactions is that the social structure and the cultural. In this space, the woman can interact and build socially, and while that is constructed, actively participates in the social construction.¹⁰

In this context the women in this study expressed feelings of insecurity and lack of knowledge about childbirth and caring for infants that were resolved during the groups:

I was afraid of natural childbirth, but alas you explained how it happens, and I was calmer... (Pocahontas)

After that had the group about the labor I was quieter, because before I was afraid of the pain of childbirth. (Snow White)

I was afraid of bathing, and also that he to choke, but then after the groups I was calm, I even saw a baby to choke in the hospital and I was not nervous. (Bella)

The speeches above emphasize that the group of pregnant women made it possible for women to understand the changes that occur during pregnancy, labor and delivery, reducing anxiety and providing an understanding of the feelings that arise during this period. This way of approach allows the approach between professionals and the care receivers, contributing to the provision of humanized care.¹³

In pichonian perspective professionals have a role in facilitating the interaction between group members. Professional establishes a link with the participants, which enables the exchange of experiences and information, providing answers to the problems that arise in the course of the meetings.¹⁰

When approaching the advantages and difficulties that may occur during pregnancy considering the expectations, feelings and prior knowledge of women about the subjects covered, is promoted also greater autonomy to overcome possible adversities generated naturally by pregnancy, childbirth and puerperium.

In this sense, independent of knowledge and feeling aroused in each participant, it is believed that working with groups enables knowledge exchange space and practices that assist in mobilizing the stereotypes of each. Each participant is able to cope with the changing situations, it tends to "re-mean" their experiences through the recognition of others and self.¹²

The importance of the group, as knowledge and practices swap space was identified in the statements of Sleeping Beauty and Tiana.

When they spoke of the types of childbirth, I told the other girls how were my other births, explained to them that natural childbirth is not the complication that speaks. (Sleeping Beauty)

I've always liked to hear girls talking about how were the other pregnancies, what they felt. (Tiana)

Through the exchange of knowledge and experience, pregnant women and women had become more confident to experience pregnancy and fears arising with childbirth and postpartum. The group was a space for women to develop their skills and autonomy for self-care and care for the newborn, and provide the exchange of experience. In this perspective, the group methodology course enables autonomy in the group participant, allowing greater productivity, engagement and cooperation between the subjects that develop on them a collective learning experience.¹⁰

The women in this study, when asked about the group's weaknesses, were unanimous by emphasizing that the group did not show weakness, as the following lines:

Had no negative points, I think you were quite friendly. (Bella)

There's nothing to improve, everything was very good. (Snow White)

There's nothing negative points, keep up the work so that you're always going to have success. (Pocahontas)

There is nothing to improve. (Sleeping Beauty)

It was all very enlightening. (Cinderella)

For me there's nothing bad, it was great. (Ariel)

I don't think there's anything negative, everything was very interesting. (Jasmine)

There was nothing bad... (Tiana)

For me there is nothing to improve... (Rapunzel)

Certainly has no downside. (Tiana)

While I believe in the effectiveness and importance of prevention and health promotion for pregnant women, the lines of Bella and Pocahontas allowed understand that maybe women did not point negatives due to the interviewer be the same person who developed the group activities.

In this sense, it is important to the continued implementation of the assessment of the activities during the course of pregnancy groups. Only through this has an overview of the work and its proximity to the intended goals, and a way for participants to

assess the experienced groups of positive and/or negative.¹⁴

Learn in a group requires a mental activity open, in which the participant develops the ability to evaluate group activities naturally. Thus, the member ceases to be a spectator and becomes the protagonist of her story and the story of her group.¹⁵ In this circumstance, it emphasizes the importance of the health professional in this process, it is up to him the role of facilitator of the interaction between group members, being aware of the limits and potential of each participant. This attitude is key to integrate knowledge and act reciprocally, committing to the success of the group, through a joint project.¹²

FINAL NOTES

This study has helped understand the strengths and/or weaknesses of a group of pregnant women as knowledge exchange space and practices in care for women during labor and parturition.

It was evidenced by reports of women that participation in the group of pregnant women was important for the experience of pregnancy, childbirth and postpartum. The group emerges as a possible space to experience the gestational process fully, answering questions, providing face difficulties, exchanging experiences and producing knowledge.

With respect to knowledge production triggered by the participation of women in the group, it was observed that the themes were repeated, and is related mostly with the care of the newborn, breastfeeding, contraception and birth, which demonstrates the fears and concerns of women as care for the young to be what was to come.

It is believed that to address the changes that may occur during the gestational process, delivery and postpartum period, taking into account expectations, feelings and prior knowledge of women allowed them feel safer to overcome possible adversities generated by pregnancy, and childbirth and puerperium.

The group was a space in which women are even more capable and autonomous self-care and care for the newborn. Also provided exchange of knowledge and experiences and allowed these stay more confident to face pregnancy, childbirth, puerperium and the birth of his son.

It is believed that health professionals need to be motivated and prepared to work with the group methodology, and facilitating the interaction between group members, being aware of the limits and potential of each

participant, knowing the knowledge interact in a reciprocal manner, seeking to provide humanized care.

Therefore, the groups become an important resource for the empowerment of women in planning and experiencing the process of gestate and giving birth.

REFERENCES

1. Catafesta F, Venturi KK, Zagonel IPS, Martins M. Pesquisa-cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2007 [cited 2013 June 10];9(2):547-75. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a13.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Secretaria de Políticas de Saúde, Saúde da mulher. Brasília (DF):Ministério da Saúde;2006.
3. Dall'Agnol CM, Resta DG, Zanatta E, Schrank G, Maffaccioli R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2007 [cited 2013 June 10];28(1):21-6. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4690/2614>
4. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad saúde pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 June 10];24(1):17-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003
5. Minayo MCS, Gomes SFD. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 30th ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. [Internet]. 2012 [cited 2013 June 10]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Piccinini CA, Gomes AG, Nardi T, Lopes RS. Gestação e constituição da maternidade. *Psicol estud* [Internet]. 2008 [cited 2013 June 13];13(1):63-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>
8. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2013 June 20];12(2):477-86. Available from:
9. Andrade AN, Leal LKC, Quental OB, Abreu LC, Lins TLCE, Lacerda SNB. Pregnant women's perception on the practices of undergraduate nursing students in prenatal care. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2013 June 20];7(spe):6061-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4990/pdf_3702
10. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2009 [cited 2013 June 20];18(4):652-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/06.pdf>
11. Pichon-Rivière E. O Processo Grupal. 6. Ed. São Paulo: Martins Fontes;2000.
12. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2013 June 20];14(2):661-670. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a35v14n2.pdf>
13. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis M, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2010 [cited 2013 June 20];19(4):719-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/15.pdf>
14. Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Manfio F, Boeira GS. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *Rev Epidemiol Control Infect* [Internet]. 2012 [cited 2013 June 10];02(03):113-114. Available from: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2745/2195>

Submission: 2014/05/30

Accepted: 2015/03/30

Publishing: 2015/05/01

Corresponding Address

Greice Carvalho de Matos

Enfermeira

Faculdade de Enfermagem

Universidade Federal de Pelotas

Rua Santiago Dantas, 235, casa: 320

CEP 96065-450 –Pelotas(RS), Brazil

Copyright of Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE is the property of Revista de Enfermagem UFPE and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

■ PREGNANT WOMEN'S PARTICIPATION IN ANTENATAL CLASSAS AND THE PROCESS OF LABOUR

UCZESTNICTWO KOBIET CIĘŻARNYCH W SZKOŁACH RODZENIA A PRZEBIEG PORODU

Małgorzata Motowidło¹, Beata Bajurka², Anna Gałęba³

¹ Department of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences

² Department of Organization and Management in Health Care, Poznan University of Medical Sciences

³ Private Practice of Aesthetic and Anti-Aging Medicine in Warsaw and Poznan

ABSTRACT

Introduction. Antenatal classes are a form of training addressed to parents expecting a baby. Participation in activities expands knowledge about the proper preparation of a pregnant woman and her partner for delivery through teaching about delivery and changing the attitude about it, and prepares parents to care for the child after birth. The Program includes theoretical issues (such as mode and lifestyle in pregnancy and lifestyle in pregnancy and in the postpartum period, physiology of labour, the postpartum period, infant period, psychiatric perinatal disorders, legal issues related to giving birth), practical activities (such as: learning effective pushing, breathing during the labour, relaxation in the intervals between the contractions) and introducing parents to their caring tasks (such as care of a newborn). Research confirms that women attending antenatal classes better cope with stress in the delivery room, and their labour is faster and easier.

Aim. To evaluate the impact of pregnant women's participation in antenatal classes on the labour.

Material and methods. The study included 35-year old pregnant patient II, labour II, in the 40th week + 4 days of pregnancy, admitted to the delivery room. In this work a single case method was used, which was carried out with the help of an interview, conversation, observation and analysis of the medical documents. The study was conducted while a patient was in the delivery room.

Conclusion. The education before giving birth resulted in a positive attitude of women towards labour. Participation in antenatal classes had an influence on the woman's activity during her labour and birth took place more efficiently and easier. The presence and help of a partner increased the sense of woman's during her labour.

KEYWORDS: school of birth, pregnant women, labour, clinical case.

STRESZCZENIE

Wstęp. Szkoła Rodzenia to forma kształcenia adresowana do rodziców spodziewających się dziecka. Uczestnictwo w zajęciach poszerza wiedzę na temat odpowiedniego przygotowania ciężarnej i jej partnera do porodu, poprzez pogłębienie wiedzy o porodzie i zmianę nastawienia do niego oraz przygotowanie rodziców do odpowiedniej opieki nad dzieckiem po porodzie. Program Szkoły Rodzenia obejmuje zagadnienia teoretyczne (m.in. tryb i styl życia w ciąży i w porożu; fizjologię porodu, porożu, okresu noworodkowego; zaburzenia psychiczne okoloporodowe; zagadnienia prawne związane z porodem), zajęcia praktyczne (m.in.: nauka efektywnego parcia, oddychania podczas porodu, relaksacji w przerwach między skurczami), oraz wprowadzenie rodziców do ich zadań opiekuńczych (m.in. pielęgnacja noworodka). Badania potwierdzają, że kobiety przygotowane w Szkole Rodzenia lepiej radzą sobie ze stresem na bluku porodowym, a poród przebiega sprawniej i łatwiej.

Cel pracy. Ocena wpływu uczestnictwa kobiet ciężarnych w zajęciach Szkoły Rodzenia na przebieg porodu.

Materiał i metody. Badaniem objęto pacjentkę lat 35, będącą w ciąży II, poród II, tydzień ciąży 40+4 dni, przyjętą na salę porodową. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, którą zrealizowano przy pomocy wywiadu, rozmowy, obserwacji i analizy dokumentów medycznych. Badanie przeprowadzono podczas pobytu pacjentki na sali porodowej.

Wnioski. Edukacja przed porodem spowodowała pozytywne nastawienie kobiety do porodu. Udział w Szkole Rodzenia miał wpływ na aktywność rodzącej podczas porodu, a poród przebiegał sprawniej i łatwiej. Obecność i pomoc partnera zwiększyła poczucie bezpieczeństwa kobiety w trakcie porodu.

SŁOWA KLUCZOWE: szkoła rodzenia, ciąża, poród, przypadek kliniczny.

Introduction

Lamaze courses are a form of education for parents expecting their child [1]. Those are meetings for pregnant women and their partners that prepare future parents both physically and mentally for the childbirth, postpartum period, and later infant care. They also educate about the importance of the breastfeeding [2]. Participation in such course helps, through the education

about the childbirth and changing the attitude towards it, broaden knowledge about proper emotional preparation for the labor. The agenda of Lamaze courses includes group meetings (theory), physical exercises and introducing parents to their nurturing activities. Waiting for a child is a good time for parents to gather information about changes happening in mother's body, child's health and development.

Theoretical meetings cover following issues:

- Psychological aspects of pregnancy and the postpartum period;
- Mode and lifestyle in pregnancy and in the postpartum period;
- Physiology of a childbirth;
- Physiology of the postpartum period;
- Breastfeeding;
- Physiology of the infant period;
- Postnatal mental disorders;
- Fertility recovery after the childbirth;
- Legal issues.

During the practical classes attention is paid to physical exercises, muscles strengthening and overall exercises. The exercises are tailored, depending on health of the pregnant women and the stage of pregnancy [1]. It is important to discuss in details how to breathe during labor and effectively push and relax between contractions. Pregnant women prepared in such a way are able to cooperate with a midwife, doctor and the medical staff [3]. There is also a possibility to take part in some extra classes where the theory is explained and where the bond with an unborn child is developed. Moreover, it is also possible to participate in shows regarding breastfeeding, nurturing and bathing an infant [1].

The program implemented by Lamaze courses is subjected to constant changes. They are extremely important, as the idea of such courses is to adapt to the needs of women giving birth and prevailing principles of modern obstetrics [4].

Ways of preparing for the natural childbirth at Lamaze classes

- theoretical preparation

Knowing the basic events that make up the process of birth gives a woman the knowledge which is necessary for the fearless and conscious childbirth. Every woman prepared for this amazing event knows what her rights are, cooperates with a midwife and doctor during the birth and effectively goes through the act of the childbirth, without unnecessary stress and tension [2]. The woman giving birth, who knows modern labor techniques, may select a mode of delivery, optimal for her position and experience. Women who have gained the knowledge at Lamaze courses are familiar with the process of childbirth and the postpartum period, they know what to expect and are less likely to experience emotional disorders and depressive states [1].

It is equally important to prepare the father for the birth of his child. A partner familiar with the childbirth understands the mother and accompanying emotions. Prepared father-to-be is a huge support for a woman, gives her a sense of security and motivates her. The man is able to use knowledge acquired in the class-

room in the form of various relaxation and pain relieving methods [1]. Parents who on their Lamaze courses have found out about complications and unplanned treatments that can occur during the childbirth, and have been presented to the reasons, advantages and disadvantages of such actions, can easier and faster make difficult decisions, which allow for the immediate intervention [5].

- psychological preparation

Parents' psychological preparation for the childbirth aims to eliminate fear, reduce emotional tension, and familiarize parents with an active and conscious childbirth without fear [6]. Anxiety causes tissues tension which, in turn, through hypoxia leads to pain. Fear, on the other hand appears when you lack knowledge about the course of the childbirth. Women are afraid of the pain during the labor, scared of possible complications during their childbirth and they are worried about the health of the infant [7]. The short-lasting fear is helpful during labor, because the adrenalin is released to the body. In the second part of a labor a short lasting fear appears before contractions and helps in giving birth to a child. However, the long-lasting fear, so called tocophobia, which is the fear of pregnancy and childbirth, is not favorable during labor; it makes women suffer and feel disoriented. The women with tocophobia are convinced that something wrong is going to happen to them during labor. Such an emotional state leads to the increasing number of Caesarean sections [5]. Emotions can be positive during childbirth but it is important to control them through the whole pregnancy. When a woman has a positive attitude to her childbirth, she is more likely to adapt to the situation in the delivery room [6].

Aim

The purpose of the study is to present the impact of pregnant women's participation in Lamaze classes on the course of childbirth.

Material and methods

A 35 years-old patient, second time pregnant, 40+4 week of pregnancy, admitted to hospital, participated in the study. In this study a single case method was used. It was implemented by an interview, conversation, examination and analysis of the medical documentation. The study was conducted during patient's stay in hospital.

Case description

A 35 years-old patient, second time pregnant, 40+4 week of pregnancy, was admitted to hospital at 7:50 because of regular (every 3–5 min) uterus contractions. General and obstetric interviews were positive.

Course of pregnancy

The patient was under the gynecological care from the 8th week of her pregnancy. She was regularly attending the appointments planned by her doctor. All assigned examinations were completed, the results were good. The blood pressure during pregnancy was between 125/80-100/70. The GBS (-) result was negative. Pregnancy was without any complications. During the last ultrasonography the approximate weight of the fetus was 3800g.

Course of labor

The patient was admitted to hospital at 7:50 with the regular (3–5 min) uterus contractions. FHR at the admission was +/- 130 beats per minute. General parameters of patient's health were obtained:

- RR 120/80 mmHg,
- pulse 80 u/min,
- temperature 36.6°C.

The outer measurements of the uterus were also taken:

- Distantia spinarum 25 cm,
- Distantia cristarum 27 cm,
- Distantia trochanterica 30 cm,
- Conjugata externa 20 cm,
- Rhombus of Michaelis 10/10 cm.

Gynecological examination:

- occiput anterior fetal position,
- vaginal part almost disappeared,
- heavy pressure from the fetus head,
- dilation of the cervix 3–4 cm,
- fetal bladder intact.

The patient was wired to the KTG, in order to monitor and record the contractions of the uterus and heart-beat of the fetus.

The patient was predisposed to have natural labor. She had a positive attitude towards labor, was in a good mental and physical condition. Together with her husband she was attending Lamaze classes. The childbirth was active in vertical positions. The patient in the first stage of the labor was choosing active positions, she was cooperating with the midwife and listening to her advice. At the beginning she was suggested to be in a vertical position called "stork walk" and to perform rhythmical pelvis movement. The woman knew the advantages of such position and knew how to walk. During contractions she instinctively was leaning against her partner, facing him with her hands crossed on his neck and lowering her body on bended knees. She was instructed to move her whole body weight on her arms, that is on her partner and to relax her buttocks and hips. At 8:40 am in the vertical position the fetal bladder burst, releasing bright amniotic fluid, contractions escalated. At 10:20 pm the patient was disconnected

from KTG. The midwife suggested taking shower for 20 minutes to reduce pain and to relax. The partner was helping during immersion, which brought some relieve and relaxation. After 20 minutes the patient was connected to KTG. The patient wanted to take position on the ball, because she knew that that position would help the head of the fetus to get to the birth canal. She was sitting with her legs open on the ball, circularly moving her hips and during contractions she was lightly jumping on the ball. The partner was behind the patient and was protecting her. He was giving his wife water to keep her hydrated. During contractions he was massaging her lower back, supporting her and controlling the way she was breathing. The patient was very well prepared to the labor, thanks to which she was focused on the actions, and her husband was supporting her mentally and physically.

At 12:50 the patient was examined:

- dilation of the cervix 5,5,
- vaginal part almost disappeared,
- very heavy pressure from the fetus head,
- very painful contractions every 2–3 min.

The doctor made the staff administer Dolcontral painkiller. It was administered at 1:00 pm by the midwife. The patient had to lie down in bed because of the possibility of dizziness and nausea after taking the drug.

The general condition of the patient:

- RR 130/80 mmHg,
- pulse 88 u/min,
- temperature 36.5°C.

The lying position only intensified the pain so after one hour from administering the drug, the patient got up from bed. She sat down on the birthing chair, which helped to bring the baby down to the right position and move in the birth canal (thanks to the gravity forces). When she changed her position, her mood also improved, she regained the control over the childbirth, she could actively take part in the process of labor again. The midwife suggested the squatting position-during this position there is the strongest pressure on the cervix. The patient got to that position and her partner was supporting her from behind and was helping her to get to the vertical position in the break between contractions. The woman started to feel the pushing contractions.

At 3:40 pm the complete dilatation was diagnosed, sagittal suture was straight. The second stage of the labor started. The patient started to feel pushing contractions, the head went down to the bottom of the uterus. She decided to give birth to her child sitting on the birthing bed. She was concentrated on pushing.

The patient was breathing after contractions, listened to advice and guidance of the midwife. The part-

ner assisted during pushing, pulling partner's head to the chest. After contraction he was reminding of breathing, and giving his wife emotional support. The partner was constantly close to his wife, giving her sense of security. At about 4.20 pm without episiotomy a male baby was born. Immediately after giving birth, the newborn was put on the mother's chest (contact skin-to-skin). After the pulsation of the umbilical cord stopped it was cut by father. The first stage of childbirth lasted 10 h and the second 40 min. After the childbirth an assessment of the reproductive tract continuity was performed and there were no cracks in the crotch. The patient was moved from the delivery to the postpartum room in good general condition:

- RR 110/80 mmHg,
- pulse 84 u/min,
- temperature 36.8°C,
- uterus was correctly constricting.

The infant

The infant was born in the natural labor, male weighing 4020 g and being 56 cm long. According to the Apgar scale, the newborn was rated 10 in 1st, 3rd, and 10th minute of life. Arterial cord blood: 7.15 (-6.3); 7.32 (-5.5). The newborn was dried, warmed up, was given to mother and placed against her breast.

Summary and conclusion

Active childbirth, to which women can be prepared during Lamaze courses, is natural childbirth-the best way of giving birth to a child. Research shows that women prepared by Lamaze courses better cope with stress in the delivery room, and childbirth is better and easier. However, for women who feel greater anxiety and have not been enrolled in classes, childbirth is often difficult and complicated [5]. Woman who actively participate in the process of childbirth, keenly use the vertical position and birthing amenities. Focused on task, are not disassociated and passive.

Based on the observation of childbirth of a woman who attended Lamaze classes along with her husband, it can be stated that such preparation was needed and had a beneficial effect on the course of childbirth. The woman had a positive attitude towards the act of birth. Her physical and mental preparation affected an active delivery in vertical positions. The patient was focused on the task. At the I and II stage of childbirth the woman used relaxation and proper breathing to relieve pain, and was effectively pushing. The woman knew the vertical position, their benefits and was aware how the childbirth can progress thanks to them. A woman, who knows new labor techniques, can choose the appropriate vertical position for herself, in which the sensation of pain would be the weakest. She effectively passed through the act of the childbirth.

Changing the position on the lying one badly affected the well-being of the patient as she lost control over the course of birth. The lying position is contrary to nature since the birth canal is upward. Immediate desire to change the position to the vertical one, in spite of the fatigue of the body, shows how well the patient was prepared for childbirth. She was supported by her husband who was familiar with the course of childbirth, knew how to help the partner, reminded about breathing and helped her to relax. He has giving the future mother the back massage and water which she was forgetting about because she was focused on delivery. He was with her constantly, giving a sense of security. The knowledge gained at the course, allowed him to effectively participate in the act of childbirth. The man did not feel useless in the delivery, on the contrary, he felt needed and helpful to his partner.

The materials included in this study show how important it is to prepare women for childbirth. Even basic knowledge gives the woman the sense of security, control leveling unnecessary anxiety and a sense of helplessness. A woman prepared for childbirth, effectively goes through this act. She is not taken away by unnecessary emotions, consciously cooperates with medical staff [1]. Proper breathing allows the patient to deal with pain, as well as relaxing in brakes between contractions [8]. The prepared woman is active in a delivery room, changes positions, uses birthing facilities so the labor goes faster and more efficiently, she does not passively wait for clues from the midwife [9]. Preparing father who wants to participate in the act of birth is as important as the woman's preparation. The man must have knowledge of what will happen step by step and how he can help. Only this way he does not feel useless in the delivery room. A close person gives the woman sense of security [9].

Lamaze courses emphasizes the importance of pain relief techniques and their effective usage during delivery. Research shows that knowledge of pain relief methods and their appropriate usage is much better among women attending Lamaze classes [4]. The participation of both parents in the course should lead to less fear and anxiety related to pregnancy and delivery [4]. The fact that more and more men want to participate in labor is very positive [10]. Research show that educated woman after 25 year of age, who want to be prepared for delivery and infant care, decide to take part in Lamaze course [11].

The best form of preparation for childbirth are Lamaze courses. Research confirm the need for pre labor education – 94,4% of women attending antenatal classes and 89,1% of women not attending them believe that it is a necessity [4]. Participation in classes affect the

pro-health behaviors in pregnancy, a better physical condition of women, reduces the pain sensation during childbirth and affects the positive attitude of the patient [7]. Those meetings prepare future parents both physically and mentally for the childbirth, postpartum period, and later infant care. They also educate about the importance of breastfeeding. Such classes teach relaxation techniques, breathing, coping with labor pain and other discomforts, as well as the contact with the unborn child. They actively prepare the father for participation in childbirth.

On this basis, one can make the following conclusions: education before giving birth resulted in women's positive attitude towards childbirth;

- participation in Lamaze courses had an influence on women's activity during childbirth, and the labor was easier and faster;
- the presence and help from a partner increased the sense of women's security during childbirth.

References

1. Ćwik D, Iwanowicz-Palus G, Stobnicka D. Szkoła rodzenia. W: *Alternatywne metody opieki okołoporodowej. Biblioteka położnej*. (red.) Iwanowicz-Palus G. Warszawa: PZWL, 2012, 109–121.
2. Ćwik D, Fryc D, Branicka-Woźniak D. Poród. W: *Szkoła rodzenia*. (red.) Ćwik D. Warszawa: PZWL, 2010, 121–142.
3. Kolomyjczak P, Suchocki S, Kędra-Pakoczy M. Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Klin Perinatol Ginekol*. 2007, 43 (3), 57–60.
4. Pizlak W. Wpływ przygotowania psychologicznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. *Prz Med Univ Wrocław*. 2009, 7 (3), 282–292.
5. Talań-Pucyna U. Jak położna może wpłynąć na zmniejszenie bólu kobiety przed porodem? *Poloz Nauka Prakt*. 2011 (2), 58–62.
6. Iwanowicz-Palus G, Stobnicka D, Ćwik D. Psychoprolaktyna porodowa. W: *Alternatywne metody opieki okołoporodowej. Biblioteka położnej*. (red.) Iwanowicz-Palus G. Warszawa: PZWL, 2012, 182–186.
7. Ćwik D, Czajka R, Jurczak A, Grochala E. Wpływ sposobu zakończenia ciąży na wystąpienie bólu przed porodem u absolwentek szkoły rodzenia i kobiet bez tej formy edukacji. *Fam Med Prim Care Rev*. 2006, 8 (2), 212–216.
8. Agrawal P. Odkrywam macierzyństwo. Ciąża, poród, poróg i opieka nad noworodkiem w harmonii z naturą. Wrocław 2013.
9. Iwanowicz-Palus G, Stobnicka D, Myszwaska A, Przybół A, Marłowska-Sioma U. Nowe techniki porodowe. W: *Alternatywne metody opieki okołoporodowej. Biblioteka położnej*. (red.) Iwanowicz-Palus G. Warszawa: PZWL, 2012, 15–29; 71–79.
10. Syrek-Rawiak J. Kobiety i mężczyźni trzeba z porodem oswoić. *Nasza szkoła rodzenia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2001, 5: 40–41.
11. Biegańska K. Po co rodzicom szkoła rodzenia? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2006, 3: 3.

The manuscript accepted for editing: 25.06.2014

The manuscript accepted for publication: 27.08.2014

Funding Sources: This study was not supported.

Conflict of interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Corresponding author:

Beata Bajuma
 Śmoluchowskiego 11
 60-179 Poznań, Poland
 phone: +48 61 861 22 80
 e-mail: bestabajuma@onet.eu
 Department of Organization and Management
 in Health Care
 Poznań University of Medical Sciences

Copyright of Polish Nursing / Pielęgniarstwo Polskie is the property of Poznan University of Medical Sciences Publishing and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Anexo IV - Fichas de leitura dos artigos finais

TÍTULO					
ARTIGO 1 - Effectiveness of Childbirth Education on Nulliparous Women's Knowledge of Childbirth Preparation, Pregnancy Anxiety and Pregnancy Outcomes					
Autores	Método	Objetivos	Participantes	Intervenções	Nível de evidência¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madhavanprabhkaran, G; ▪ D'Souza, M; ▪ Nairy, K 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo Randomizado Controlado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a eficácia da intervenção educacional sobre o parto, em mulheres nulíparas, com conhecimento sobre Preparação para o Parto, Ansiedade e seus efeitos durante a gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ um grupo com 49 grávidas (grupo experimental); ▪ um grupo com 50 grávidas (grupo controlo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação de questionários pré e pós a intervenção educacional de Preparação para o Parto para avaliação da ansiedade através de escala própria, ansiedade específica da gravidez 	II
<p style="text-align: center;">Ano/País</p> <p style="text-align: center;">2016/Índia</p>					
<p style="text-align: center;">Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria das grávidas tinham pouco conhecimento sobre a preparação para o parto e altos níveis de ansiedade específica da gravidez, essencialmente ansiedade do parto; - Grávidas com pouco conhecimento sobre o parto apresentaram altos níveis de ansiedade; - As sessões de educação para o parto aumentaram o conhecimento sobre o parto; - Nas grávidas que frequentaram as sessões de Preparação para o Parto houve uma diminuição efetiva da ansiedade em relação ao parto; - A prática de respiração e de técnicas de relaxamento reduziram a ansiedade do parto, ajudando-as a lidar com todo o 				

¹ Fonte: Galvão CM. (2006). Evidences hierarchies. Acta Paul Enferm. 19 (2): Apr/June. São Paulo. Brasil

processo;

- As sessões programadas de educação sobre o parto capacitam as grávidas com conhecimento suficiente para a prática de técnicas de relaxamento consequentemente com diminuição da ansiedade durante a gravidez mas essencialmente durante o parto;

- A percentagem de cesarianas do grupo intervencionado foi menor que no grupo de controlo (6% vs 16%);

- A principal causa da alta percentagem de cesarianas no grupo de controlo foi devido ao medo e ansiedade das mulheres relativamente ao parto vaginal;

- O papel do ESMO como educador através dos Cursos de Preparação para o Parto é altamente recomendado.

TÍTULO					
ARTIGO 2 - Grupos de Gestantes: Espaço para Promoção do Cuidado Integral					
Autores	Método	Objetivos	Participantes	Intervenções	Nível de evidência ²
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matos, G.; ▪ Santos, C.; ▪ Escobal, A.; ▪ Soares, M.; ▪ Meincke, S. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo Descritivo-Exploratório 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer as potencialidades e/ou fragilidades do grupo de gestantes como espaço de trocas de saberes e práticas, com vista à humanização do processo de parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 mulheres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semiestruturada 	IV
Ano/País					
2015/Brasil					
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - O processo educacional é essencial não só para a aquisição de informações sobre o processo de gravidez e parto mas também para o empoderamento de mulheres como cidadãs; - A importância do grupo de mulheres como espaço de informação para experienciar todo o processo de gestação, responder às suas questões, trocar experiências e produção de conhecimento; - A participação em grupos educacionais e promoção para a saúde durante a gravidez e pós-parto promove a aprendizagem sobre gravidez e parto de uma forma mais dinâmica e reflexiva; - O grupo emerge como um espaço para desmistificar mitos e crenças relacionadas com o parto e aumentar conhecimentos sobre os tipos de parto e participação familiar neste processo; 				

² Fonte: Galvão CM. (2006). Evidences hierarchies. Acta Paul Enferm. 19 (2): Apr/June. São Paulo. Brasil

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- A informação surge como a ferramenta de capacitação das mulheres sendo a gravidez o melhor momento para fortalecer a autonomia e o papel das mulheres para vivenciarem uma experiência positiva do processo de gravidez e parto;- O conhecimento das mulheres permitiu que se sentissem mais seguras para superar possíveis adversidades no decorrer da gravidez, parto e puerpério. |
|--|---|

TÍTULO					
ARTIGO 3 - Pregnant Women's Participation in Antenatal Classes and the Process of Labour					
Autores	Método	Objetivos	Participantes	Intervenções	Nível de evidência ³
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motowidlo, M.; ▪ Bajurna, B.; ▪ Galeba, A. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo de caso único 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o impacto da participação das mulheres grávidas em cursos pré-natais sobre o parto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 mulher 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista, observação e análise de documentos médicos 	VI
<p style="text-align: center;">Ano/País</p> <p style="text-align: center;">2014/Polónia</p>					
<p style="text-align: center;">Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O método de Lamaze para preparação para o parto é a melhor maneira das mulheres serem preparadas para um parto natural e ativo; - A mulher que participa ativamente no seu trabalho de parto usa mais frequentemente posições verticais e usufrui com maior intensidade da experiência; - A mulher teve uma atitude positiva em relação ao ato do nascimento; - A mulher encontrou-se focada na sua tarefa; - No 1º e 2º estágio do trabalho de parto a mulher usou a respiração e o relaxamento adequados para alívio da dor e realizou puxos eficazes; 				

³ Fonte: Galvão CM. (2006). Evidences hierarchies. Acta Paul Enferm. 19 (2): Apr/June. São Paulo. Brasil

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- A mulher conhecia as posições verticais e os seus benefícios e estava ciente da progressão do trabalho de parto, assim como escolher qual a posição apropriada para si;- O conhecimento oferece à mulher uma sensação de segurança, controlo da ansiedade;- A respiração adequada permite à mulher lidar com a dor assim como ter momentos de relaxamento entre as contrações;- A mulher preparada é ativa na sala de parto, muda de posição não tendo uma atitude passiva aguardando indicações dos profissionais. |
|--|--|