



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

IVNA SILVA ANDRADE

**VALIDAÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO PARA O CONHECIMENTO, A
ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO
ATIVO**

FORTALEZA
2016

IVNA SILVA ANDRADE

VALIDAÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO PARA O CONHECIMENTO, A ATITUDE E
PRÁTICA DE GESTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO ATIVO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes

Coorientadora: Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- A567v Andrade, Ivna Silva.
Validação de um vídeo educativo para o conhecimento, a atitude e prática de gestantes na preparação para o parto ativo./ Ivna Silva Andrade. – 2016.
85f.: il.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará; Centro; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes.
Co-Orientação: Prof^a. Dr^a. Régia Christina Moura Barbosa Castro.
1. Parto. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Tecnologia Educacional. 4. Promoção da Saúde. I.
Título.

IVNA SILVA ANDRADE

VALIDAÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO PARA O CONHECIMENTO, A ATITUDE E
PRÁTICA DE GESTANTES NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO ATIVO

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem – Doutorado, da
Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Profª. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profª. Dra. Sheyla Costa de Oliveira (1º Membro)
Universidade Federal do Pernambuco – UFPE

Profª. Dra. Mariza Silva de Oliveira (2º Membro)
Enfermeira da Prefeitura de Fortaleza – CE

Profª. Dra. Karla de Abreu Peixoto Moreira (3º Membro)
Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC

Profª. Dra. Viviane Mamede Vasconcelos (4º Membro)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Tiago Barreto de Castro e Silva (1º Suplente)
Universidade Federal do Tocantins – UFT

Profª. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (2º Suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir finalizar mais um sonho na minha vida e a iluminar todos os meus pensamentos na construção do trabalho.

Ao meu pai, Andrade, e a minha mãe, Conceição, por me proporcionarem a melhor educação e nunca medirem esforços para o meu crescimento acadêmico, apoiando meus sonhos e minhas conquistas, com palavra de carinho e sempre torcendo pelo meu sucesso. Obrigada, amo vocês!

Aos meus irmãos Diego e Tiago, por estarem presentes nessa jornada, sempre me incentivando e torcendo pela minha vitória.

Ao meu marido Raphael, pela paciência e por entender os momentos de ausência para finalização do trabalho e por sempre ter orgulho do meu esforço e da minha dedicação, apoiando com amor, estímulo e dando sempre os melhores conselhos.

À Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, por todos os ensinamentos, pela paciência e pela confiança que determinou em mim, por me fazer crescer como pessoa e pesquisadora, e por ser, ao mesmo tempo, orientadora e amiga, compartilhando de muitos bons momentos.

À Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro, pela contribuição como coorientadora, com certeza um anjo que Deus colocou em minha vida acadêmica, serei eternamente grata por todos os ensinamentos.

Ao Profa. Dr. Abel Brasil, por me ajudar na análise estatística e orientar toda a discussão, o que engrandeceu o meu trabalho. Obrigada!

Aos integrantes do Projeto Saúde Materna Mamária, por todo apoio e crescimento como pesquisadora.

Aos Professores Doutores, Ana Fátima, Mariza Silva, Viviane Mamede, Karla Abreu e Sheyla Costa, por fazerem parte da banca examinadora e contribuírem de modo significativo para construção da pesquisa.

Aos Professores do Doutorado, que sempre estavam dispostos a ajudar e fornecersugestões durante toda a caminhada da pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFC, que sempre se mostraram à disposição durante o caminhar de todo o Doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro para realização desta pesquisa.

Ao município de Eusébio, pela disponibilidade para realização desta pesquisa.

Às gestantes participantes da pesquisa, sem vocês este trabalho não poderia ser realizado! Obrigada pela disponibilidade.

RESUMO

No âmbito da humanização do parto, o parto ativo é, simplesmente, um modo conveniente de se descrever um trabalho de parto normal e o modo como uma parturiente se comporta quando seguem seus próprios instintos, obedecendo à lógica fisiológica do seu corpo, não sendo objeto de uma “condução ativa” pela equipe obstétrica. O estudo objetivou: Validar um vídeo educativo para o parto ativo com o público alvo; verificar o conhecimento, a atitude e prática de gestantes acerca da preparação para o parto ativo; avaliar as implicações da utilização de uma tecnologia educativa para promoção do conhecimento, da atitude e prática de gestantes sobre o parto ativo; correlacionar a adequação do conhecimento, da atitude e prática com os dados sociodemográficos e obstétricos do grupo controle e intervenção; avaliar a experiência e satisfação de mulheres com o parto, por meio de contato telefônico. Estudo dotipo quase experimental, composto de grupo intervenção e grupo controle, desenvolvido em dez Unidades Básicas de Saúde da Família, do município de Eusébio, Ceará, dividido em dois territórios. A população foi composta por gestantes no último trimestre. A coleta de dados deu-se por meio de um instrumento construído e validado composto de quatro partes: dados sociodemográficos, saúde reprodutiva, parto e inquérito CAP, durante o período de setembro de 2015 a fevereiro de 2016. Para o Grupo Intervenção, foi aplicado o inquérito sobre a preparação para o parto, acompanhado de uma sessão educativa, com exposição do vídeo. No Grupo Controle, as atividades desenvolvidas foram aplicadas por meio do questionário de conhecimento, atitude e prática sobre a preparação para o parto e a consulta pré-natal de rotina. Ambos foram avaliados no pós-parto, por meio de ligação telefônica, a fim de certificar o nível de satisfação usando o QESP. Os dados foram tabulados, processados e analisados em tabelas. O estudo foi realizado procurando atender aos preceitos éticos legais, recomendados pela Resolução 466/12, conforme parecer de número 1.148.019. Os resultados apontaram que o grupo intervenção obteve maior adequação no conhecimento, na atitude e prática. Destacam-se os resultados com estatística significativa em todas variáveis quando associadas ao grupo que recebeu a tecnologia, destacando a influência do vídeo educativo para o parto ativo. Com relação ao nível de satisfação das mulheres com relação ao parto, em quase todos os itens, o Grupo Intervenção obteve melhor nível de satisfação do que o Grupo Controle, ou seja, as gestantes que assistiram ao vídeo ficaram mais satisfeitas no período do trabalho de parto, parto, pós-parto e com relação ao nível da dor. Portanto, os cuidados e as orientações realizados no pré-natal para preparação para o parto, atrelados a uma tecnologia educativa, torna-se mais eficaz, quando comparados aos cuidados utilizados de rotina de forma isolado. Conclui-se que a intervenção utilizada promoveu de forma positiva o aumento do nível de conhecimento, atitude e prática de gestantes com relação ao parto ativo.

Palavras-chave: Parto. Enfermagem Obstétrica. Tecnologia Educacional. Promoção da Saúde

ABSTRACT

In the context of the humanization of labor, active labor is simply a convenient way of describing normal labor and the way a woman parturient behaves when she follows her own instincts, obeying the physiological logic of her body, and is not the object of a "Active driving" by the obstetric team. The study aimed to: Validate an educational video for active delivery with the target audience; Verify the knowledge, attitude and practice of pregnant women about the preparation for active delivery; To evaluate the implications of the use of an educational technology to promote knowledge, attitude and practice of pregnant women about active delivery; Correlate the adequacy of knowledge, attitude and practice with the sociodemographic and obstetric data of the control and intervention group; To evaluate the experience and satisfaction of women with childbirth through telephone contact. A quasi-experimental study, composed of the intervention group and control group, developed in ten Basic Units of Family Health in the municipality of Eusebio, divided into two territories. The population was composed of pregnant women in the last trimester. Data collection was done through a constructed and validated instrument composed of four parts: socio-demographic data, reproductive health, birth and CAP survey during the period from September 2015 to February 2016. For the intervention group it was Applied the survey on childbirth preparation, accompanied by an educational session with video exposure. In the Control Group, the activities developed were the application of the knowledge, attitude and practice questionnaire on the preparation for childbirth and routine prenatal consultation. Both were evaluated in the postpartum period, through a telephone call in order to certify the level of satisfaction using the QESP. The data were tabulated, processed and analyzed in tables. The study was carried out in accordance with the legal ethical precepts recommended in resolution 466/12, under opinion number 1,148,019. The results showed that the intervention group obtained a greater adequacy in knowledge, attitude and practice. We highlight the results with significant statistics in all variables when associated with the group that received the technology, highlighting the influence of the educational video for active delivery. Regarding the level of satisfaction of the women regarding delivery, in almost all items the intervention group obtained a better level of satisfaction than in the control group, that is, the pregnant women who watched the video were more satisfied during the work period of Childbirth, postpartum and in relation to the level of pain. Therefore, the care and guidance performed in prenatal care for childbirth, coupled with an educational technology, becomes more effective

when compared to routinely used care in isolation. It was concluded that the intervention used positively promoted the increase in the level of knowledge, attitude and practice of the pregnant woman regarding active delivery.

Keywords: Parturition. Obstetric Nursing. Educational Technology. Health Promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Fluxograma representando o total de amostra na coleta de dados	32
Figura 2 Fluxograma de coleta de dados.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Avaliação dos grupos quanto ao nível de conhecimento acerca do parto ativo.....	46
Gráfico 2	Avaliação dos grupos quanto ao nível de conhecimento acerca do parto ativo.....	47
Gráfico 3	Avaliação dos grupos quanto ao nível de atitude acerca do parto ativo.	47
Gráfico 4	Avaliação do nível prática quanto ao tipo de parto escolhido.....	48
Gráfico 5	Avaliação do nível prática quanto ao tipo de atitude realizadas no parto normal.....	49
Gráfico 6	Avaliação dos grupos quanto ao nível de importância das orientações no pré-natal.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Avaliação percentual da adequação do conhecimento, da atitude e da prática entre os grupos.....	40
Tabela 2	Avaliação percentual da adequação do conhecimento, da atitude e da prática no grupo Controle.....	40
Tabela 3	Avaliação percentual da adequação do conhecimento, da atitude e da prática no grupo Intervenção.....	43
Tabela 4	Avaliação da homogeneidade entre os grupos Controle e Intervenção.....	49
Tabela 5	Comparação da distribuição da resposta dos itens 1 a 9 entre os grupos controle e intervenção.....	52
Tabela 6	Comparação da distribuição da resposta dos itens 10 a 25 entre os grupos controle e intervenção.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Distribuição das Unidades e do número das Equipes de Saúde da família no município de Eusébio por territórios de saúde. Eusébio – CE, 2015.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO-CE	Associação Brasileira de Obstetrias, Enfermeiros Obstetras e Neonatais do Ceará
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Conhecimento, atitude e prática
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CO	Centro Obstétrico
CPN	Centro de Parto Normal
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
LABCOM	Laboratório de Comunicação e Saúde da Universidade Federal do Ceará
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNDSP	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
QESP	Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto
SESA-CE	Secretaria de Saúde do Estado Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidades Básicas de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	23
2.2 Específico	23
3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA TEMÁTICA	24
3.1 Cuidado à saúde da gestante	24
3.2 Tecnologias educativas utilizadas no parto	26
3.3 Expectativas sobre o parto	28
4 METODOLOGIA	30
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 Local do estudo	30
4.3 População e amostra	31
4.4 Material educativo aplicado	32
4.5 Coleta de dados	33
4.5.1 Validação do instrumento de coleta de dados	33
4.5.2 Procedimento de coleta de dados	35
4.5.2.1 Fase 1.....	35
4.5.2.2 Fase 2.....	36
4.5.2.3 Fase 3.....	36
4.6 Análise dos dados	38
4.7 Aspectos éticos	39
5 RESULTADOS	40
5.1 Avaliação do Conhecimento, da Atitude e da Prática	40
5.2 Satisfação das mulheres quanto à experiência do parto ativo	51
6 DISCUSSÃO	55
6.1 Perfil das mulheres participantes do estudo e sua relação com o conhecimento, atitude e prática para o parto ativo	55
6.2 Avaliação do conhecimento para o parto ativo	59
6.3 Avaliação da atitude para o parto ativo	62
6.4 Avaliação da prática para o parto ativo	63
6.5 Satisfação das mulheres quanto à experiência do parto ativo	64
7 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	71

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO INTERVENÇÃO)	78
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CONTROLE)	80
APÊNDICE C - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	82
APÊNDICE D – FORMULÁRIO	84
ANEXO A - QESP - QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO	85
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	86

1 INTRODUÇÃO

O cuidado prestado à mulher durante o processo de nascimento vem passando por mudanças, com vistas à humanização da assistência. Neste sentido, salta aos olhos a atual assistência oferecida à mulher, marcada pela medicalização e dominação do corpo, em detrimento do respeito ao fenômeno natural e fisiológico.

O estado gravídico é uma fase particular e específica, pelo qual a mulher passa, comotambém é o momento mais importante da vida desta, provocando profundo impacto no nível físico, mental, emocional e social (ETOWA, 2012). Este processo é revestido de muitas expectativas, dúvidas, incertezas e por diversas circunstâncias, em que a grávida se encontra.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação, assim como o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Também deve incluir orientações sobre hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, bem como o preparo da gestante para o parto e o puerpério. Sabe-se que os principais problemas discutidos sobre a atenção pré-natal na literatura referem-se ao não cumprimento das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), por parte dos profissionais de saúde, início tardio do pré-natal, carência de recursos financeiros para o deslocamento, acarretando baixa qualidade da atenção pré-natal e óbitos materno-infantis (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

A luta das mulheres pela melhoria da qualidade da saúde incentivou a criação de políticas pelo MS norteadas pelos princípios de humanização, promoção de saúde e integralidade das ações voltadas para a assistência à saúde da mulher. No Brasil, impulsionados por ações desenvolvidas isoladamente, o MS investiu na criação de políticas e programas, configuradas desde o ano de 1996, com a publicação do guia prático de assistência ao parto normal e, em 2000, com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher PNAISM (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

A PNAISM tem como finalidade prestar assistência à mulher em todas as fases do ciclo vital, pois tem algumas prioridades de procedimentos, em especial a atenção do pré-natal. Destaca-se a captação da gestante na comunidade, nos controles periódicos, na garantidas consultas, na oferta de medicamentos básicos e no apoio laboratorial, adotando, assim, uma nova perspectiva de atenção à mulher (BRASIL, 2004).

Ainda, assim, observa-se a dificuldade em implementá-la e romper com o modelo tecnocrático que visa à mulher sem autonomia sobre o seu corpo, separada de seus entes queridos e, muitas vezes, do próprio filho ao nascer (MOREIRA, 2014).

Com intuito de melhorar a qualidade de vida das gestantes neste período e evitar futuras complicações maternas e neonatais, torna-se imprescindível a assistência pré-natal de alta qualidade, com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade da atenção ainda não é satisfatória. Em muitos lugares, a mulher ainda peregrina para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto, bem como atenção adequada ao nascimento, utilizando-se de práticas tecnicistas.

Mais recentemente, a portaria de número 1.459, de junho de 2011, do Ministério da Saúde, lançou no âmbito do SUS a Rede Cegonha, política que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério, bem como à criança até os 24 meses o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo como princípios, além da humanização do parto, a organização dos serviços de saúde, o acolhimento da gestante e do bebê com classificação de risco, a vinculação à maternidade, a não peregrinação e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

A Secretaria de Saúde do Estado Ceará (SESA-CE), em parceria com a Associação Brasileira de Obstetizes, Enfermeiros Obstetras e Neonatais do Ceará (ABENFO-CE), elaborou uma Nota Técnica (11/2013) sobre a emissão de laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar e de procedimentos especiais e/ou mudança de procedimento de internação hospitalar por enfermeiro obstetra, publicada no dia 17 de fevereiro de 2014. A nota técnica, respaldada pela Portaria SAS/MS 743/2005, consiste em um avanço, a nível estadual, pois efetiva e reconhece a importante posição do enfermeiro obstetra no contexto do parto, desde a admissão, com a emissão da autorização de internamento hospitalar, até o parto e pós-parto.

No tocante ao tipo de parto, observa-se aumento significativo nos números de partos cirúrgicos. Entre os anos de 2005 a 2014, o percentual de partos hospitalares no Brasil aumentou consideravelmente, com 42,86% de partos vaginais e 57% de partos cirúrgicos. No estado do Ceará, no ano de 2014, foram realizados 41,95% de partos vaginais e 57,85% de

partos cirúrgicos. Esse índice retrata preocupação por parte de entidades sociais, políticas e da área da saúde (BRASIL, 2011).

A cesariana, ao ser utilizada de forma abusiva, tem proporcionado aumento de complicações clínicas, comportamentais e psicológicas, além da elevação do custo da assistência (BRASIL, 2008), somada a institucionalização do parto e o uso rotineiro de práticas obstétricas intervencionistas, que resultam em taxas elevadas de partos cirúrgicos. Portanto, melhorar a saúde materna, proporcionando gestações e partos mais seguros que reflitam na prevenção de mortes evitáveis e no empoderamento feminino, ainda, é um desafio para muitos países.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesarianas fique em torno de 15%, de modo que a realidade mostra aumento numérico assustador: 37%, na rede pública, e 82%, na rede privada. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil registrou mais cesarianas do que partos normais, chegando a 52%, em 2010 (FIOCRUZ, 2012). Corroborando com o citado, o mais recente relatório global do UNICEF mostrou que a taxa de cesárea no Brasil é a maior do mundo, de 44% (UNICEF, 2011).

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adotou a Resolução Normativa Nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, estabelecimento de saúde e médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2015).

No âmbito da humanização do parto, Balaskas (2008) conceitua parto ativo como, simplesmente, um modo conveniente de se descrever um trabalho de parto normal e o modo como uma parturiente se comporta quando segue os próprios instintos, obedecendo à lógica fisiológica do próprio corpo, não sendo objeto de uma “condução ativa” pela equipe obstétrica.

Assim, surtem boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, preconizadas pelo MS, que recomendam parto normal, humanizado, com medidas não farmacológicas para o alívio da dor, participação do acompanhante, com vistas a tornar o nascimento um processo fisiológico. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS (2006) mostra que 30% das gestantes que realizaram parto normal tiveram acesso às medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor (analgesia ou utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento). A presença de acompanhante no momento do parto esteve acessível a 16% do total de parturientes do país (BRASIL, 2011).

Corroborando com a política do parto normal, surge o conceito de atenção humanizada, caracterizado por ser amplo, podendo contemplar diversos significados, mas a partir de sua aplicação ao contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Para entender melhor os sentidos da humanização na atenção ao parto e nascimento, é importante conhecer os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que orienta as ações de humanização promovidas nesse âmbito, os diferentes modelos de atenção obstétrica e algumas implicações práticas que são oriundas dessas reflexões (BRASIL, 2011).

Segundo Moreira (2008), humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas estimular o protagonismo da mulher nesse evento, pois ela não é mera espectadora, respeitando sua liberdade de escolha nos processos decisórios. Implica, também, mudanças na atitude, filosofia de vida e percepção de si e do outro como ser humano.

No trabalho de parto, as parturientes necessitam de algo que lhes traga conforto e alívio, e que as suas necessidades de cuidado possam ser atendidas, no qual as mulheres valorizam uma assistência que esteja voltada para o cuidado, com atitudes de atenção, paciência e carinho, para proporcionar-lhes experiência de parto positiva, segura e eficaz (MOREIRA, 2008). A relação da gestante com a equipe de saúde é considerada um dos principais componentes da satisfação com o parto, sendo valorizado o conforto físico, o suporte psicológico, o cuidado personalizado, a privacidade e os profissionais que sejam responsivos às perguntas e que reconheçam as necessidades desta (BRASIL, 2008).

No campo da saúde, cada vez é mais reforçada a necessidade de uma permanente avaliação das intervenções realizadas. O crescimento exponencial da produção de novas tecnologias voltadas para o cuidado, que passam a ser usadas e, muitas vezes, geram efeitos indesejáveis e altos custos, impõe o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de investigação dos serviços de saúde.

O efeito de intervenções educativas tem impacto positivo no programa de educação sobre as adaptações da gestação no pré-natal (SERÇEKUS; METE, 2009). McBride, Emmons e Lipkus (2003) destacam que o momento de aprendizagem tem sido utilizado para descrever as transições que ocorrem naturalmente na vida ou eventos de saúde e motivar os indivíduos espontaneamente para adotar comportamento de redução de risco.

As atitudes, a maneira como a parturiente usa o próprio corpo, e o modo de se comportar durante o trabalho de parto dependem das informações recebidas no pré-natal, do

contexto socioeconômico e de personalidade da mulher. Acredita-se que a gestante necessita de conhecimentos prévios sobre a gravidez, a nutrição adequada, o trabalho de parto, o parto, a amamentação e os cuidados com o recém-nascido. No tocante ao parto, informações sobre preparação física adequada, variedade de posições, intervenções não farmacológicas, direito ao acompanhante são necessários para o parto ativo (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

O uso de tecnologias do cuidado de enfermagem visa proporcionar às mulheres ambiente propício para que elas tomem posse do seu trabalho de parto (MACEDO *et al.*, 2008). Progianti e Vargens (2004) relatam que o cuidado de enfermagem na obstetrícia deve ser direcionado à mulher como sujeito do seu parto, exigindo cuidado e não controle, respeitando a privacidade e segurança no processo do nascimento.

Diante disso, pode-se evidenciar que a prática da enfermagem tem sido fortemente influenciada pelos avanços tecnológicos. Entretanto, mesmo com esse advento e as diversas descobertas na área da saúde, grande parte dos recursos tecnológicos existentes ainda não atingem toda a comunidade. No tocante a essas lacunas, faz-se necessária a utilização de tecnologias alternativas, pois acredita-se que essas possuam melhor acessibilidade e a mesma eficiência, após validação e testagem (OLIVEIRA, 2009).

Reconhecendo que o parto é um momento importante para mulher, parceiro e toda a família, e que o empoderamento da gestante se mostra como essencial para o parto humanizado, Moreira (2014) construiu um vídeo educativo, considerado estratégia educativa de fácil utilização por enfermeiros, principalmente na atenção básica de saúde, intitulado *Desenvolvimento e avaliação de tecnologia educativa para promoção do empoderamento ativo no parto*.

O roteiro do vídeo foi idealizado a mostrar desde o início da gestação, com a concepção, passando pelos três trimestres da gravidez, preparação para o parto, simulação do trabalho de parto e pós-parto imediato. O intuito do vídeo de preparação para o parto é mostrar a situação ideal e fisiológica preconizada para o trabalho de parto e parto, de forma que a mulher se identifique com essa situação (MOREIRA, 2014). Ressalta-se que o vídeo não teve a validação clínica, havendo a necessidade de avaliação do impacto do mesmo, sendo esta a proposta deste estudo.

Com objetivo de conhecer o que se tem produzido na literatura científica acerca da temática em questão, realizou-se busca nas principais bases de dados, como a PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*), Scopus e Medline, utilizando os descritores enfermagem obstétrica (*obstetric nursing*), parto (*parturition*), tecnologia educacional (*education technology*). Foram encontrados 41 artigos, no período de

fevereiro de 2015, sendo 40 na PubMed e uma no Scopus. Após a leitura dos títulos, foram excluídos 28 artigos, restando apenas 13 artigos que abordavam a temática no estado da arte. Nenhum relatava o uso de vídeo educativo com gestantes para preparação para o parto, o que evidencia a originalidade do estudo.

A preparação para o parto constitui-se um meio privilegiado de transferência de informações sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parto, correspondendo a um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto (COUTO, 2006). Tem a perspectiva de prevenção e promoção da saúde mental da mulher e do futuro bebê.

Alguns estudos ressaltam a importância da adesão da gestante em cursos para preparação para o parto ativo. Nas últimas décadas, os cursos foram frequentados principalmente por primigestas, com idades médias entre 24 e 35 anos e nível socioeconômico médio-elevado (BERGSTRÖM; KIELER; WALDENSTRÖM, 2009; FABIAN; RÅDESTAD; WALDENSTRÖM, 2005; SERÇEKU; METE, 2010).

Nos cursos e nas palestras, as gestantes aprendem técnicas de descontração psicofisiológica, para aumentar o limiar de dor, de forma a minimizar o uso de analgesia, durante o trabalho de parto; aprendem técnicas de descontração neuromuscular (relaxamento), em combinação com exercícios respiratórios, de modo a poderem assegurar aporte de oxigênio adequado a si e ao feto, independente da atividade contrátil uterina (COUTO, 2002; PINCUS, 2005). É também fornecida toda a informação teórica relacionada com a gravidez, trabalho de parto e pós-parto (MALATA *et al.*, 2007).

Acredita-se que para se concretizar o parto como um momento íntimo e familiar, no qual a mulher possa atuar como um ser ativo e opinar sobre tantas intervenções não autorizadas e iatrogênicas, faz-se necessária a realização de investimentos prioritários na Atenção Primária à Saúde (APS), com ações voltadas para promoção à saúde das gestantes mediante realização de um pré-natal que deixe de ter como foco principal o biológico e possa envolver a participação da mulher e de seus familiares no atendimento de todas as suas demandas e necessidades de cuidado.

A relevância do presente estudo encontra-se associada ao benefício do uso de uma tecnologia educativa por profissionais de saúde para promoção do parto ativo, que poderá contribuir para o vínculo e diálogo efetivo entre profissional e paciente. Implementar o vídeo educativo irá auxiliar enfermeiros nas orientações sobre o parto durante o pré-natal, implicando empoderamento da gestante sobre a temática, tornando-as capazes de serem protagonistas no momento do nascimento dos filhos. Acrescenta-se, ainda, a melhoria do

atendimento na unidade básica de saúde, promoção da saúde das gestantes, participação efetiva do companheiro e autoconfiança por parte da mulher.

Este estudo pretende contribuir para o incremento da qualidade da atenção prestada à gestante e sua família, em todo o contexto da promoção da saúde, aspectos preventivos, na certeza de que o conhecimento gerado possa ser útil para a gestante, o serviço e os profissionais de saúde. O uso do vídeo objetiva promover a saúde da gestante, apoiando a mesma quanto à decisão do parto ativo, preparando a mulher e a família para o momento único na vida destas.

Diante do exposto e por meio da prática assistencial da autora como enfermeira da Estratégia Saúde da Família há três anos, percebeu-se que as gestantes anseiam bastante a hora do parto, verbalizam sentimentos de medo e desconhecimento acerca do parto. Acrescenta-se o fato de que o município em que a autora trabalha e onde foi realizada a pesquisa teve um aumento crescente no número de partos cirúrgicos. Portanto, surgiu a necessidade de aplicar o vídeo educativo de preparação para o parto para gestantes durante o pré-natal, contendo informações e direcionamentos técnicos-científicos que contribuam para diminuição desses sentimentos, proporcionando momentos de partilha de experiências entre grávidas, de modo que as mesmas se empoderem do seu corpo e optem pelo parto ativo.

Reconhecendo a relevância dessa estratégia, pretendeu-se defender a seguinte tese: a utilização de uma tecnologia educativa, do tipo vídeo educativo, promove conhecimento, atitude e prática de gestantes para o parto ativo, bem como intensifica a satisfação com o tipo de parto e a assistência prestada.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Validar um vídeo educativo para o parto ativo com o público alvo.

2.2 Específico

- Verificar o conhecimento, a atitude e prática de gestantes acerca da preparação para o parto ativo;
- Avaliar as implicações da utilização de uma tecnologia educativa para promoção do conhecimento, da atitude e prática de gestantes sobre o parto ativo;
- Correlacionar a adequação do conhecimento, da atitude e prática com os dados sociodemográficos e obstétricos do grupo controle e intervenção;
- Avaliar a experiência e satisfação de mulheres com o parto, por meio de contato telefônico.

3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA TEMÁTICA

3.1 Cuidado à saúde da gestante

São inúmeras as travessias históricas que descrevem o percurso do modelo de atenção vigente brasileiro para promoção à saúde da gestante. O panorama apresenta estratégias, porém, desafios e limitações para alcançá-lo, ademais necessita-se de retrospectiva histórica mundial para sua compreensão. É relevante, então, considerar que mudanças no perfil social, econômico, cultural e epidemiológico dos países proporcionaram transformações e/ou surgimento de conceitos sobre promoção da saúde e modelos de atenção, como o desenvolvimento do SUS no Brasil.

Para compreensão da assistência pré-natal, é preciso, inicialmente, conhecer as mudanças que ocorrem com a mulher durante o ciclo gravídico. Portanto, o Ministério da Saúde divide a gestação em três trimestres, sendo que o primeiro é o período em que ocorre a concepção até 13 semanas; o segundo trimestre, a gestação está entre 14 e 27 semanas; e o terceiro trimestre inicia a partir de 28 semanas (BRASIL, 2006).

No primeiro trimestre, as principais alterações são a presença de náuseas, vômitos, anorexia, amenorreia, aumento da frequência cardíaca, mamas doloridas, sonolência, fraqueza, síncope, hipotensão, sensibilidade emocional; no segundo, os desconfortos dos primeiros meses não estarão tão evidentes; é o momento em que a grávida sente os primeiros sinais de vitalidade da criança; no terceiro, a gestante pode apresentar dor cervical e lombar em razão do peso do volume abdominal, a frequência urinária aumenta, ocorre dificuldade para respiração, aumento da pigmentação da vulva, das aréolas mamárias, da face e da linha alva do abdome inferior. Após 30 semanas, a atividade uterina aumenta progressivamente e, nas últimas quatro semanas, são observadas as contrações mais intensas e frequentes. Nessa fase, a mulher tem a tendência de ficar ansiosa, com medo, cansada, feliz, enfim, ter vários sentimentos presentes (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Portanto, no decorrer do curso gestacional, são identificadas várias modificações que se iniciam na concepção e vão até o nascimento. Logo, a assistência pré-natal visa promover uma gestação saudável.

Conforme o Ministério da Saúde, a adesão das mulheres ao pré-natal depende da qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde e, para atingir essa qualidade, é necessário discutir de forma permanente com a população da área acerbada

importância da assistência pré-natal na unidade de saúde; identificar precocemente todas as gestantes na comunidade e acompanhá-las logo no início da gestação; fazer o acompanhamento periódico e contínuo de todas as grávidas; possuir sistema eficiente de referência e contrarreferência, além de recursos humanos com princípios técnicos e filosóficos; área física adequada; equipamento e instrumental mínimo; apoio laboratorial; cartão da gestante e ficha perinatal; mapa de registro diário; medicamentos essenciais; avaliação permanente da assistência pré-natal (BRASIL, 2006).

Com intuito de estabelecer acompanhamento adequado no pré-natal e no puerpério, o Ministério da Saúde, em 01/06/2000, criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que preconiza a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; seis consultas, no mínimo, com preferência uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; uma consulta no puerpério, exames laboratoriais, ultrassonografia obstétrica e a transferência para as gestantes de risco. Esse programa é monitorado pelo SISPRENATAL, sistema informatizado de uso obrigatório nas unidades de saúde do SUS onde acompanha cada gestante. O cadastro deve ser realizado na primeira consulta pelo médico ou enfermeiro. A assistência é concluída quando as gestantes estiverem com as seis consultas, todos os exames obrigatórios realizados estiverem imunizados com a vacina antitetânica e a consulta de puerpério (BRASIL, 2006).

O Programa busca, então, a humanização dos cuidados mediante a garantia do acesso e da qualidade do acompanhamento no pré-natal; da assistência ao parto e puerpério, tanto para as gestantes como ao recém-nascido. Para que ocorra essa humanização, é preciso que a equipe de saúde receba com acolhimento a mulher, seus familiares e o recém-nascido, sendo necessário que a instituição tenha organização e estrutura, para que a equipe possa promover assistência de qualidade.

Segundo Almeida, Medeiros e Souza (2012), para ampliação desse ideário de humanização em nosso país, tem-se buscado intensificar as ações de qualificação dos profissionais de saúde, no que tange aos cuidados pré-natais, no parto e no puerpério. A proposta é evitar também que, com a assistência institucionalizada, o saber científico sobreponha à natureza do corpo feminino, interferindo na garantia de participação ativa e satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo.

Apesar da relevância desse cuidado, na prática, os programas governamentais parecem não alcançar a efetividade esperada. A atenção à saúde da gestante, no âmbito público, está além das necessidades e expectativas das gestantes e do que os profissionais almejam. A consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se quase sempre, na realidade

brasileira, como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

3.2 Tecnologias educativas utilizadas no parto

O enfermeiro estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou a um grupo informação sobre a doença, a prevenção e o tratamento, a fim de motivar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se por sua evolução para atingir um melhor estado de saúde (COUTO, 2011).

Em estudo de Couto (2011) sobre o papel do enfermeiro na preparação para o parto, destacaram-se o papel educativo, relacional, cuidador. Atitudes como a motivação, a referência, a vigilância, a competência técnico-científica e a preparação física e psicológica, são conceitos integrados nesta visão concreta do papel do enfermeiro.

O parto é um período curto, mas longo em vivências e expectativas. O receio de não reconhecer o trabalho de parto, o temor da dor, de não suportar e sucumbir a ela, perder o controle, o medo da morte, de ser dilacerada, faz parte do imaginário da gestante. Em contrapartida a isso, os profissionais de saúde pouco enfatizam esse momento na realização do pré-natal e em atividades educativas destinadas a essas mulheres (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

Em um estudo qualitativo realizado em Goiás, com a proposta de analisar as perspectivas de dor do parto normal de primigestas e suas relações com o contexto sociocultural e de assistência pré-natal, Almeida, Medeiros e Souza (2012) relatam que o contato com a essência da condição feminina, favorecido pela ocorrência da gestação, suscitou nas participantes a necessidade de um resgate sociocultural de conceitos relacionados ao parto e à maternidade, para melhor compreendê-los. Assim, as informações sobre a dor do parto normal adquiriram relevância para elas. Nesta trajetória, as perspectivas de dor do parto normal foram mediadas pela rede de informações, presentes no contexto sociocultural e de assistência pré-natal.

Em um estudo de revisão sistemática, realizado com objetivo de descrever o pré-natal como processo educacional e de promoção da saúde, os autores propuseram uma reflexão crítica sobre as práticas educativas. Destaca-se a condução do pré-natal, com a implementação de atividades para gestantes, como modelo de educação em saúde. Recomenda-se a abordagem assistencial na preparação psicofísica para o parto, por meio de

cursos preparatórios, que devem estar atentos para o processo de significação do parto (CARDOSO; SANTOS; MENDES, 2007).

Desde o início, a enfermagem utiliza-se de tecnologias nas práticas de saúde, desde ao uso de instrumentais primitivos feitos de madeira, cobre, ferro e bronze, a utilização de banhos com água pura, uso de ervas e plantas, boas maneiras no trato com o doente, cuidados de higiene pessoal, modos de dispor as pessoas no ambiente, formas de aproveitamento da luz e de canalização do ar, entre outros (NIETSCHE, 2000; MEYER, 2002).

No contexto obstétrico, Moreira (2008) considera imprescindível o emprego das tecnologias leve-duras e acredita ser necessário o estabelecimento das leves na formação do vínculo com a parturiente e, se necessária e bem empregada, o uso de tecnologia dura, como a utilização de um *sonnar* para realização de uma ausculta fetal, sendo, assim, utilizadas de forma mútua. Porém, o que se tem observado na prática obstétrica é o constante uso de forma isolada, quando não há a formação de um vínculo profissional-parturiente.

De acordo com o autor supracitado, deve-se propiciar à mulher onde, como, com quem e de que forma parir, não sendo submetida a normas e rotinas impostas pela instituição hospitalar ou à serviço dos profissionais que utilizam tecnologias duras como forma de prestação de cuidados. Ela deve estar ciente de todas as implicações dos tipos de parto, para poder assumir o “empoderamento” da sua arte de parir.

Novick (2009) conduziu uma revisão integrativa que constatou que a educação no pré-natal é um dos aspectos essenciais para satisfação das gestantes. As gestantes que participaram de atividades educativas em grupo estavam mais satisfeitas do que as gestantes que não participaram destas atividades. Segundo elas, o diálogo entre os participantes, as informações e os aconselhamentos recebidos promoveram o suporte e resultaram em reações mais positivas ao cuidado.

Apesar de não haver consenso sobre os resultados dos programas de educação em saúde na gravidez (OMS, 2005), alguns estudos indicam que novas intervenções educativas devem ser desenvolvidas, aperfeiçoadas e avaliadas (MURPHY, 2010).

No que concerne à atenção obstétrica no Brasil, cuja política pública na área de saúde da mulher orienta-se pelo paradigma humanístico, a implementação de tecnologias alternativas às utilizadas no atual modelo de atenção obstétrica é incentivado. Com este respaldo político e com base em evidências científicas, as enfermeiras obstétricas passaram a utilizar técnicas que consideram favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto e práticas não farmacológicas para o alívio da dor. Com a recorrência de utilização destas

práticas, algumas enfermeiras passaram a referir-se a elas como tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Em estudo bibliográfico realizado por Monteiro, Araújo e Cardoso (2010), ao analisarem a produção científica sobre tecnologia em enfermagem, evidenciaram que a utilização de tecnologias educativas geralmente proporciona melhor adesão do cliente ao cuidado implementado, orientando para mudanças benéficas no estilo de vida após a estratégia tecnológica utilizada, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e autonomia do cliente.

Em resultado de estudo realizado por Damasceno e Said (2008), com grupos de gestantes utilizando o método problematizador, ao propor escolhas temáticas a serem discutidas no grupo, foi determinante aprofundamento no conhecimento sobre sinais de parto, tipos de parto, medos e dor no parto, humanização do parto e direito das mulheres gestantes, o que corrobora em alguns aspectos com os resultados do estudo citado.

Outro fator em destaque é a inclusão do companheiro nas atividades, com a Lei n. 11.108, de 2005. Apesar do avanço, os homens continuam enfrentando dificuldades em participar ativamente dos processos sexuais e reprodutivos. Este problema pode resultar de outros, como a dificuldade de acessar os serviços de saúde e a escassez de programas que desenvolvam atividades educativas direcionadas aos pais (HOGA; PINTO, 2007).

Diante do contexto, acredita-se que a utilização de um vídeo como tecnologia educativa para o empoderamento de gestantes em atividades a serem desenvolvidas no pré-natal e, até mesmo, no trabalho de parto propiciará as discussões em torno de suas opiniões e reais necessidades de cuidado no parto e nascimento.

3.3 Expectativas sobre o parto

As expectativas da gestante em relação ao parto têm sido estudadas em vários países. O que as mulheres grávidas desejam é que o parto seja tranquilo, rápido, sem dor (ou comum nível tolerável de dor), e sem problemas para a criança. Em estudo, as gestantes mencionaram a importância de um acompanhante no momento, de ter contato com a criança assim que nasce, de permanecer os quatro estágios do trabalho de parto no mesmo local, de colaborar ativamente no trabalho de parto e de obter experiência positiva do mesmo (GUERRA, 2010; MONTEIRO; MARINHO; CRUZ, 2008).

Em estudo realizado no Brasil, por Basso e Monticelli (2010), com objetivo de identificar as expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o

parto humanizado, sob o suporte teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora, em que o ensino está ligado com o dia a dia e com as vivências de quem aprende, surgiram as relacionadas ao tipo de parto, tipo de atenção obstétrica (mais ou menos medicalizada e tipo de profissional de saúde), o reconhecimento como um ser crítico, a relação com os profissionais de saúde e a construção de um senso comum. A maioria dos participantes referiu o desejo de um parto fisiológico (natural), com uma participação ativa e informada.

Quanto ao que as mulheres grávidas pensam em relação ao parto, estudo verificou que as expectativas eram influenciadas pelas experiências ou histórias de familiares, na maioria das vezes, associadas à dor e ao sofrimento, sob a forma de medo e até mesmo pânico. No que concerne ao procedimento do trabalho de parto, a expectativa mais referida foi o medo de não conhecer os sinais de parto, de não ter controle sobre o parto, de estarem sozinhas e de lhes roubarem ou trocarem o recém-nascido (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011).

Segundo Barreto e Oliveira (2010), as perspectivas negativas que surgiram relativamente ao bem-estar do recém-nascido foram: receio da prematuridade, medo da possibilidade de o cordão umbilical enrolar no pescoço e de uma malformação, hospitalização ou mesmo morte.

O estudo de Costa *et al.* (2003) relata as experiências vivenciadas no parto por gestantes primíparas, em que se identificou que não foi de encontro ao que elas esperavam, pois não tiveram informação e nem preparação adequada, foram impedidas de participar das decisões médicas, resultando em um papel passivo, bem como a presença de sentimentos negativos e dor. A maior parte das participantes relatou a experiência como sendo negativa, sem sentimentos de prazer e satisfação, mas de falta de controle e confiança, medo e sensação de mal-estar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo do tipo quase-experimental, composto de grupo experimental e grupo controle não equivalente. O estudo quase-experimental é realizado quando não se pode formar aleatória a população do estudo, não tirando o mérito da pesquisa, pois a intervenção é realizada com a mesma cientificidade do estudo experimental, examinando relação de causa e efeito (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007).

Existem três tipos de estudo quase-experimental e o tipo utilizado, no presente trabalho, foi o de desenho pré-teste/pós-teste. Este modelo é idêntico ao antes-depois experimental, exceto pelo fato de que os sujeitos não foram distribuídos randomicamente nos grupos (POLIT; BECK, 2011).

A escolha do modelo quase-experimental justifica-se pelo fato de mesmo existindo um grupo intervenção e um grupo controle, não houve distribuição ao acaso dos dois grupos, pois a coleta de dados foi realizada em territórios diferentes, não existindo comunicação entre as participantes dos dois grupos.

O estudo quase-experimental também manipula, pelo menos, uma variável independente para observar efeito e relação com uma ou mais variáveis dependentes, e apenas diferem dos modelos experimentais na questão da confiabilidade que se possa ter sobre a equivalência inicial dos grupos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em 10 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), do município de Eusébio, Ceará, divididas em dois territórios, na qual fizeram parte um grupo intervenção e um grupo controle.

Segundo os dados da Secretaria de Saúde do município de Eusébio (2014), o mesmo possui mais de 50 mil habitantes, divididos em três territórios, contendo no total 18 UBASF. A escolha das 10 unidades deu-se por conta desses dois territórios englobarem o maior número de gestantes. O município faz parte do programa Rede Cegonha, com o Hospital Municipal Doutor Amadeu Sá, atendendo por mês mais de 1.000 gestantes. A escolha do local do estudo deu-se pelo número considerado de gestantes e pelo fato do número de cesarianas ter aumentado consideravelmente nesses últimos três anos.

As UBS possuem serviços de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Com disposição de atividades voltadas para atendimentos individualizados, cursos de capacitação profissional, encaminhamentos dentro de uma equipe multidisciplinar e acesso a equipamentos e materiais de diagnósticos.

Quadro 1 – Distribuição das Unidades e do número das Equipes de Saúde da Família no município de Eusébio por territórios de saúde. Eusébio – CE, 2015.

Territórios de saúde	UBS	Número de ESF (equipes)
I	Lagoinha	2
	Urucunema	1
	Guaribas	1
	Amador	1
	Parque Havaí	1
II	Pedra	2
	Jabuti	2
	Autódromo	1
	Tamatanduba	1
	Santa Clara	1

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por gestantes cadastradas nas referidas UBS que realizaram o exame de pré-natal nos meses destinados para a coleta de dados, totalizando 550 gestantes.

Os critérios de inclusão para compor a amostra foram: realizar consulta nos dias marcados para a coleta de dados; residir no município onde foi realizada a pesquisa, ter um número de telefone fixo ou celular, possibilitando o contato posterior ao parto para avaliação do vídeo.

Os critérios de exclusão foram a gestante ser encaminhada para a cesariana, tanto eletiva quanto aquelas que no decorrer do trabalho de parto tiverem indicação da mesma. A cesariana foi um critério de exclusão, já que o vídeo é voltado à preparação para o parto normal, tendo a necessidade de se avaliar a evolução e finalização da parturiente para essa via de parto e mães com deficiência auditiva e visual que a impeçam de participar da intervenção educativa e responder ao formulário avaliativo.

Os critérios de descontinuidade do estudo foram: desistência das gestantes de participar da pesquisa, após início da coleta; não comparecimento à consulta de pré-natal

subsequente que impossibilitassem a continuação da coleta de dados e as gestantes não atendessem ao telefonema realizado para responder ao Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto.

A amostra do estudo foi constituída por gestantes cadastradas na UBS, sendo definidos como casos, as gestantes que iriam assistir ao vídeo educativo e pré-natal de rotina; e os controles, as gestantes que participariam da consulta pré-natal de rotina. O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula para estudos de caso controle, considerando-se uma razão de chance de 1,75, uma probabilidade de falta de experiência da prática em torno de 20%, uma precisão relativa de 10% e um nível de significância de 5%. Aplicando-se esses valores na fórmula a seguir, tem-se $n = 84$ para cada um dos grupos.

$$n = \frac{Z_a P_1 (1 - P_1) + Z_b P_2 (1 - P_2) + Z_c P_1 (1 - P_1) + Z_d P_2 (1 - P_2)}{(P_2 - P_1)^2} \times 2$$

- $z_{5\%} = 1,96$;
- P_1 = Proporção de sujeitos no grupo controle que demonstram falta de experiência de 0,2;
- P_2 = Probabilidade antecipada da doença na população não exposta; $P_2 = P_1 / [OR(1 - P_1) + P_1]$;
- $P_2 - P_1$ = Redução de 10% na proporção de sujeitos que demonstram falta de experiência após aplicação da intervenção.

Figura 1 – Fluxograma representando o total de amostra por grupo, conforme cada momento de coleta de dados. Fortaleza-CE, 2016.



4.4 Material educativo aplicado

O vídeo aplicado foi construído em 2013, fruto de uma tese de Doutorado do programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará.

O desenvolvimento do roteiro do vídeo foi pautado em pesquisa prévia com gestantes sobre os conteúdos que deveriam ser abordados e literatura científica específica, a

avaliação do roteiro foi realizada por 10 especialistas, sendo cinco da área de comunicação e cinco da área de enfermagem.

O vídeo teve como cenários a Mãe do Corpo Espaço de Apoio à Maternidade, uma instituição privada que realiza diversas atividades voltadas à maternidade, incluindo grupos de gestantes realizados mensalmente e de forma gratuita, cursos e treinamentos para gestantes e casais grávidos, além de ioga para gestantes sendo um espaço adequado às filmagens do vídeo; o Jardim Japônes, uma praça com estrutura diferenciada e muito arborizada na cidade de Fortaleza-Ce; a Praia de Iracema para as cenas na praia com as gestantes; o Laboratório de Comunicação em Saúde (LabCom Saúde/UFC) para a entrevista com os profissionais de saúde; a MEAC/UFC para as cenas que se passam no hospital, por contar com diversos materiais utilizados no parto, como cavalinho, bola suíça, espaldar ou escada de Ling, entre outros; e, a residência da pesquisadora nas cenas em que são dados os depoimentos sobre as expectativas para o parto e o estímulo para o parto normal. A implementação e avaliação do vídeo educativo foi realizada na MEAC, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014, com amostra total de 88 gestantes (MOREIRA, 2014).

Dessa forma, o roteiro do vídeo foi idealizado a mostrar desde o início da gestação, com a concepção, passando pelos três trimestres da gravidez, preparação para o parto, simulação do trabalho de parto e pós-parto imediato.

Ressalta-se que dos conteúdos abordados como proposta para atingir o objetivo do incentivo ao parto ativo foram: o conhecimento da gravidez mês a mês, os exercícios físicos com bola e cavalinho, respiração, massagem, presença de acompanhante, orientações dos profissionais no pré-natal e posicionamentos facilitadores do trabalho de parto e parto. No intuito de tornar a tecnologia válida, optou-se pela aplicação do mesmo com o público-alvo e avaliação de sua eficácia e efeito por meio do CAP.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Validação do instrumento de coleta de dados

Para o alcance dos objetivos propostos, neste estudo, com a finalidade de tornar a pesquisa mais consistente metodologicamente, foi construído um inquérito CAP, submetido à validação de aparência e conteúdo.

Segundo Hastad e Lacy (1989), o processo de validação de instrumentos pode ser realizado com base em diferentes níveis de complexidade, podendo ser validade de face, conteúdo, concorrente e validade preditiva. Em função das dificuldades para se alcançar um nível de validade, a de face e conteúdo passa a ser uma opção interessante para suprir a lacuna relacionada ao processo de validação de questionários.

O instrumento é composto de quatro partes: dados sociodemográficos, sobre saúde reprodutiva, sobre o parto e inquérito CAP (APÊNDICE C). O mesmo foi validado por três juízes, enfermeiros, doutores, com pesquisas publicadas na área, envolvidos na assistência em relação à saúde materna e docentes de um curso de graduação em enfermagem. O instrumento foi analisado quanto à forma de apresentação e conteúdo elaborado. Ressalta-se que as sugestões enviadas foram lidas e as alterações realizadas nas questões, categorias das respostas e retirada e/ou acréscimo de algumas questões.

Quanto à forma de apresentação, os juízes consideraram o instrumento adequado. Quanto ao conteúdo elaborado, foram realizadas alterações pertinentes.

Estudos do tipo CAP visam o desenvolvimento de programas mais apropriados para as necessidades específicas da população estudada (ALVES; LOPES, 2008). A escolha pelo inquérito CAP como instrumento de coleta deu-se pelo fato deste instrumento consistir em um conjunto de questões que visam medir o que a população sabe, pensa e atua diante determinado problema e, ainda, identificar possíveis caminhos para um desenho de intervenção, seguindo os pré-requisitos propostos pelo Ministério da Educação: poder de acurácia, conjunto harmonioso, conhecimento científico e rigor ético (KALIYAPERUMA, 2004).

O CAP tem como eixo principal o conhecimento, a atitude e prática de gestantes acerca da preparação para o parto ativo e sua realização.

Marinho *et al.* (2003) evidenciaram em seu estudo que os conceitos de conhecimento e atitude eram descritos da seguinte forma:

- *Conhecimento* – significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento;
- *Atitude* – é, essencialmente, ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional;

- *Prática* - é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Para aplicação do inquérito CAP, no presente estudo, foram utilizados os seguintes critérios:

a) Conhecimento:

- *Adequado*: Quando a mulher já ouviu falar sobre o parto ativo, sabia pelo menos duas características e dois benefícios do mesmo.

- *Inadequado*: Quando a mulher nunca tinha ouvido falar sobre parto ativo ou já ter ouvido falar, mas não sabe citar, pelo menos duas características e dois benefícios.

b) Atitude:

- *Adequado*: Quando a mulher apresentava como escolha o parto ativo e saber pelo menos duas atitudes que deveria ter que desempenhar para ter o parto ativo.

- *Inadequado*: Quando a mulher não apresentava como escolha o parto ativo.

c) Prática:

- *Adequado*: Quando a mulher teve parto normal e mantinha atitudes favoráveis.

- *Inadequado*: Quando a mulher não havia tido parto normal ou teve, mas não apresentou nenhuma atitude para o parto ativo.

4.5.2 Procedimento de coleta de dados

4.5.2.1 Fase 1

Após o recrutamento das gestantes a partir dos critérios de elegibilidade, as mulheres foram convidadas para participar do estudo. Foram aplicados os critérios de exclusão e logo após fornecidas orientações quanto à finalidade da pesquisa, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Grupo Intervenção: foi aplicado no terceiro trimestre da gestação uma sessão educativa com exposição do vídeo acompanhado de um formulário de conhecimento, atitude e prática sobre a preparação para o parto ativo, bem como o pré-natal de rotina (Apêndice C).

A intervenção educativa ocorreu por abordagem grupal, utilizando sempre como ferramenta o vídeo educativo, nos dias de terça, quinta e sexta, no período da manhã, entre os meses de setembro de 2015 a fevereiro de 2016. Ressalta-se que foi explicitado o conceito de parto ativo, visto que este termo é muito citado no vídeo. Logo após, foi realizada a

intervenção e o preenchimento do formulário, com duração de 40 minutos. A pesquisadora conduziu a intervenção educativa e o seguimento de avaliação foi realizado por uma auxiliar de pesquisa, treinada anteriormente.

Vale salientar que durante a entrevista com o inquérito CAP não foi dada a opção de respostas para as gestantes, com objetivo de evitar o risco de viés de indução das respostas. Apenas as perguntas foram lidas no momento da coleta de dados.

O vídeo aplicado com as gestantes foi por meio de recurso audiovisual, em um auditório, silencioso, com ar condicionado e com no máximo 10 pessoas, para que se pudesse aprender todas as informações repassadas. Para um momento de interação, foi ofertado um lanche. No total, foram realizados 15 grupos.

Grupo Controle: foi aplicado no terceiro trimestre da gestação o instrumento, o inquérito CAPE a consulta pré-natal de rotina. A coleta de dados foi realizada nos dias de segunda e quarta pela manhã; terça, quinta e sexta, no período da tarde, nos meses de setembro a dezembro de 2015. Ressalta-se que foram utilizados os mesmos procedimentos do grupo intervenção, com exceção da exposição do vídeo educativo, totalizando 10 encontros.

4.5.2.2 Fase 2

No pós- parto, foi aplicada a última etapa do inquérito CAP, ou seja, a prática, visto que uma das questões era qual o tipo de parto a gestante teve. Esta fase foi realizada por meio de telefonema.

Dessa maneira, foi agendado o horário, indicado pela gestante, para realizar o contato telefônico e dar seguimento à coleta de dados, com os seguintes critérios: uma ligação no período da manhã, uma ligação no período da tarde e outra ligação no dia seguinte, no período da manhã. Caso a gestante não atendesse, seria excluída da amostra composta para avaliar a prática e a satisfação.

A preocupação em permitir que a gestante indicasse o melhor horário para o contato telefônico e dar seguimento com a avaliação objetivou evitar a influência de fatores internos que impossibilitassem a gestante a não responder ao questionário. Segundo Sampieri, Callado e Lucio (2013), os processos internos dos participantes, como cansaço, aborrecimento ou outras questões similares, podem afetar as respostas.

4.5.2.3 Fase 3

Para avaliação do vídeo educativo como estratégia de promoção da saúde, foi aplicado no puerpério, após vinte dias, por meio de telefonema, em ambos os grupos, o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) (ANEXO A), desenvolvido por Costa e colaboradores, sendo um questionário de autorrelato, constituído por um total 104 questões referentes às expectativas, à experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

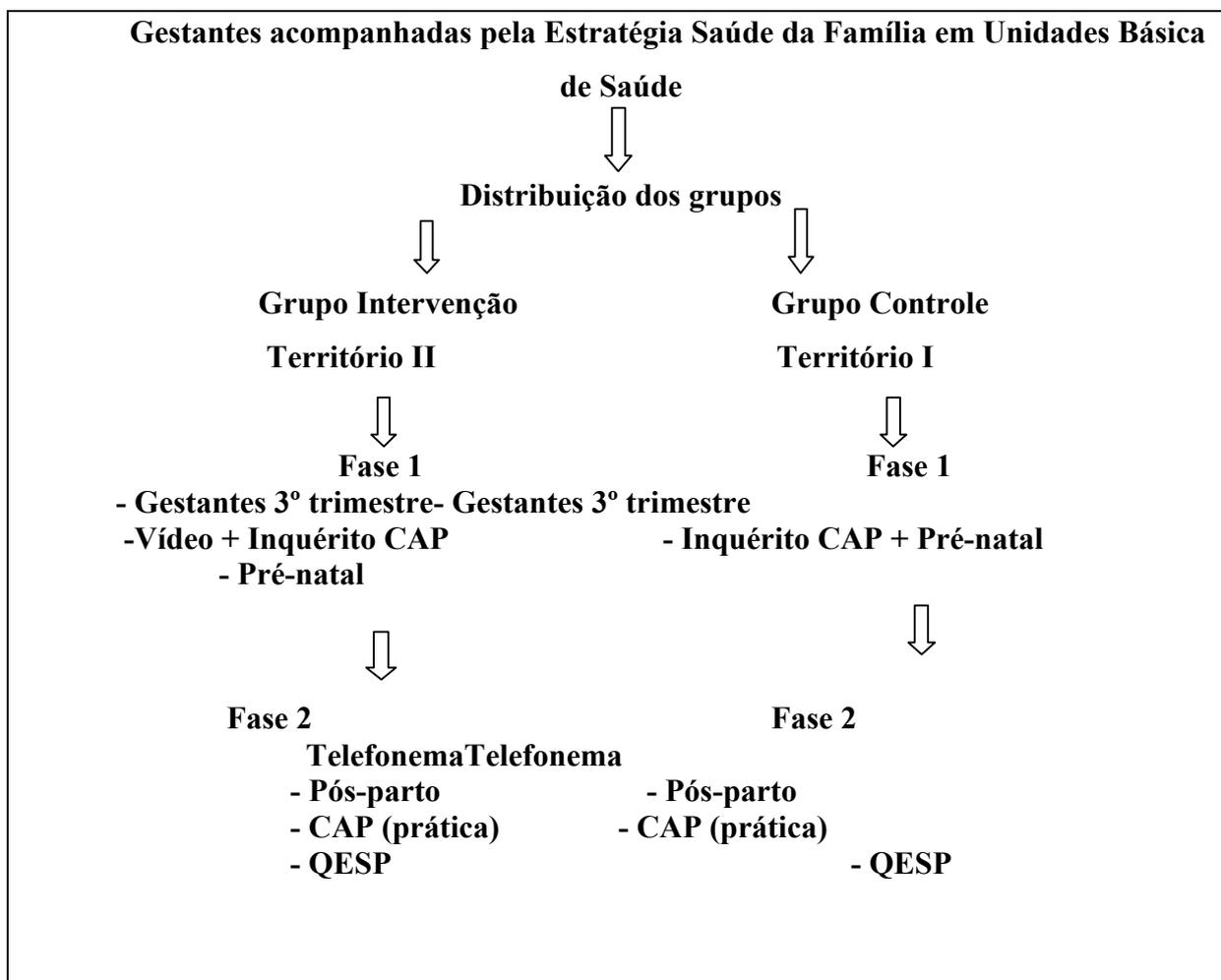
O questionário está organizado em três grandes grupos de questões, com respostas em formato de tipo *Likert* e que se reportam à (1) experiência, satisfação e dor, (2) às expectativas e (3) à intensidade da dor. As perguntas relativas à experiência, satisfação e dor são respondidas em uma escala que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”). Nas questões que se reportam às respostas variam entre 1 e 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor” ou “muito menos”, “menos”, “mais”, “muito mais”). Por fim, as questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo *Lickert*, variam em uma escala entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”).

Alguns dos aspectos considerados neste instrumento são: condições físicas e humanas da instituição; uso de estratégias de controle da dor; sentimento de controle e nível de autoconfiança; intensidade de dor sentida, emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto; apoio de pessoas significativas e satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poder tocar e pegar no bebê.

No presente estudo, foram utilizadas apenas as questões referentes à experiência e satisfação com o parto, pelo fato de o questionário ser extenso e ser respondido por telefone, o que poderia prejudicar a confiabilidade das respostas, totalizando, assim, 25 questões.

Nesta fase, houve pequenas perdas na amostra em ambos os grupos, devido ao fato que o município em que foi realizado a pesquisa ser uma região de grande rotatividade de moradores, ocasionado por um acentuado tráfico de drogas, o que totalizou 73 gestantes do grupo intervenção e 70 do grupo controle.

Figura 2 – Fluxograma de coleta de dados



Fonte: produzido pelo próprio pesquisador, 2015.

4.6 Análise dos dados

O banco de dados foi desenvolvido no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão, 20.0, sendo esses digitados, checados e corrigidos.

A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos, frequência absoluta e relativa, apresentados por meio de tabelas e gráficos. Para análise da correlação das variáveis sociodemográficas e obstétricas com o conhecimento, a atitude e prática, foi utilizado o teste de Fisher.

Quanto à avaliação das categorias de respostas (conhecimento, atitude e prática) e o grupo estudado, o teste aplicado foi o Qui-Quadrado. Referente a comparação das médias do QESP, foi usado o teste de Mann-Whitney, considerando o nível de significância de 5% e p-valor de $< 0,001$.

Ressalta-se que se contou com o apoio de um profissional estatístico para análise dos dados obtidos.

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi realizado procurando atender aos preceitos ético-legais recomendados pela Resolução 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e, definindo os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes do estudo, considerando os aspectos de autonomia, beneficência e justiça.

Foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer de número 1.148.019, de 2 de julho de 2015. Posteriormente ao exposto acima, enviado à Secretaria Municipal de Saúde – SMS do município de Eusébio - CE, uma solicitação de autorização para realização da pesquisa na UBS, através de ofício expedido pela pesquisadora e aprovação conforme descrito.

Foram dadas às participantes do estudo, todas as informações pertinentes sobre a pesquisa a ser desenvolvida, como também deixar explícito que a participação seria de forma voluntária, sendo garantido o total sigilo e anonimato, além da possibilidade de desistência, caso desejasse, em qualquer momento da pesquisa. Após essas orientações, as participantes deram anuência, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

5.1 Avaliação do Conhecimento, da Atitude e da Prática

Inicialmente, apresenta-se a avaliação da adequação do conhecimento, da atitude e da prática dos Grupos Controle e Intervenção do estudo na Tabela 1.

Tabela 1 -Avaliação percentual da adequação do conhecimento, da atitude e da prática entre os grupos. Fortaleza-CE, 2016.

Variável	Categoria	Total	Conhecimento %	Atitude %	Prática %
Grupo	Controle	83	24,1	45,8	56,6
	Intervenção	84	50,0	61,9	71,4
	P-valor		0,001	0,044	0,054

Fonte: Dados gerados pelo autor

Verificou-se que o Grupo Intervenção obteve maior adequação no conhecimento, na atitude e na prática, totalizando resultado de 50, 62 e 71,4%, respectivamente. Destacam-se os resultados com estatística significativa em todas variáveis, quando associadas ao grupo que recebeu a tecnologia ($p=0,001$), ($p=0,044$) e ($p=0,054$), destacando a influência do vídeo educativo para o parto ativo.

Para verificação do conhecimento, da atitude e da prática do grupo controle, a Tabela 2 mostra as variáveis sociodemográficas e obstétricas que tiveram associação significativa e influenciaram no parto ativo.

Tabela 2 -Correlação da adequação do conhecimento, da atitude e da prática e dados sociodemográficos e obstétricos no Grupo Controle. Fortaleza-CE, 2016.

Variável	Categoria	Total	Conhecimento %	Atitude %	Prática %
Idade (anos)	< 20	16	12,5	37,5	68,8
	20 - 30	47	29,8	53,2	59,6
	> 30	20	20,0	35,0	40,0
	P-valor		0,364	0,316	0,204
Estado civil	Solteira	8	0,0	25,0	50,0
	Casada	36	41,7	47,2	44,4
	Viúva	-	-	-	-
	União consensual	39	12,8	48,7	69,2
	Divorciada	-	-	-	-
	P-valor		0,004	0,506	0,088

Continua...

	Fortaleza	34	38,2	58,8	61,8
Procedência	Interior do Ceará	44	15,9	40,9	59,1
	Outra capital	3	0,0	0,0	0,0
	Outro	2	0,0	0,0	0,0
	P-valor		0,097	0,060	0,061
Renda familiar categórica (salário mínimo)	<1 -2	40	15,0	35,0	52,5
	>2 -4	34	23,5	61,8	64,7
	>3 -6	8	75,0	37,5	50,0
	> 6	1	0,0	0,0	0,0
	P-valor		0,006	0,066	0,444
Cor da pele	Branca	16	31,3	37,5	43,8
	Preta	25	8,0	48,0	64,0
	Parda	42	31,0	47,6	57,1
	Amarela	-	-	-	-
	Indígena	-	-	-	-
	P-valor		0,066	0,806	0,447
Escolaridade	Até 11 anos	32	6,3	37,5	62,5
	Pelo menos 12 anos	51	35,3	51,0	52,9
	P-valor		0,003	0,264	0,496
Trabalha fora	Sim	43	34,9	53,5	58,1
	Não	40	12,5	37,5	55,0
	P-valor		0,022	0,187	0,827
Religião	Católica	41	31,7	46,3	53,7
	Evangélica	29	20,7	55,2	72,4
	Espírita	-	-	-	-
	Outra	13	7,7	23,1	30,8
	Ateu	-	-	-	-
	P-valor		0,193	0,154	0,043
Mora com quem	Sozinha	-	-	-	-
	Companheiro	33	27,3	54,5	72,7
	Companheiro e filho(s)	32	31,3	40,6	40,6
	Familiares	18	5,6	38,9	55,6
	Outros	-	-	-	-
	P-valor		0,106	0,437	0,034
Quantidade de gestações	0	1	0,0	0,0	100,0
	1	36	13,9	55,6	75,0
	2	27	40,7	48,1	48,1
	3	14	21,4	28,6	35,7
	4	5	20,0	20,0	20,0
	P-valor		0,141	0,269	0,012
Aborto	Não	72	23,6	44,4	58,3
	Sim	11	27,3	54,5	45,5
	P-valor		0,721	0,747	0,520
Início do pré- natal em trimestre	1	76	25,0	46,1	57,9
	2	7	14,3	42,9	42,9

	P-valor		0,999	1,000	0,461
Planejamento da gravidez	Sim	49	32,7	49,0	59,2
	Não	34	11,8	41,2	52,9
	P-valor		0,037	0,510	0,655
Gravidez desejada	Sim	80	23,8	46,3	58,8
	Não	3	33,3	33,3	0,0
	P-valor		0,568	1,000	0,078
Participação em grupo de gestantes	Sim	27	29,6	55,6	70,4
	Não	56	21,4	41,1	50,0
	P-valor		0,424	0,246	0,100
Recebeu alguma orientação no pré-natal sobre parto	Sim	28	32,1	53,6	53,6
	Não	55	20,0	41,8	58,2
	P-valor		0,281	0,356	0,815

Fonte: Dados gerados pelo autor

Conforme apresentado na Tabela 2, 47 mulheres concentraram-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, o que consiste em um dado esperado, por tratar-se do ápice do período reprodutivo, o que implica maior número de gestação nessa faixa etária.

Quanto ao estado civil, houve prevalência de mulheres em união consensual, ou seja, com parceria fixa, totalizando 39 mulheres.

A maioria das gestantes era procedente do interior do Estado (n=44), com renda inferior a um salário mínimo, podendo variar até dois (n=40), pardas (n=42), pelo menos 12 anos de estudo (n=51), trabalhavam fora (n=43), católicas (n= 41) e moravam com companheiro (n=33).

No concernente ao perfil reprodutivo, 36 eram primíparas, 72 nunca haviam tido abortamento, 76 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 49 planejaram a gravidez e 80 desejaram estar grávidas.

Quando indagadas sobre a participação em grupo de gestantes e as orientações recebidas no pré-natal sobre o parto ativo, 56 e 55 mulheres nunca participaram de grupo nem receberam orientações, respectivamente.

Apesar de não terem assistido ao vídeo educativo para promoção do parto ativo, as mulheres do grupo controle apresentaram ter maior conhecimento sobre a temática quando eram casadas (p=0,004); ganhavam entre três a seis salários mínimos (p=0,006), trabalhavam fora (p=0,022) e haviam planejado a gravidez (p=0,037).

No tocante à atitude, não houve significância entre as variáveis socioeconômicas e reprodutivas das mulheres do grupo controle. As variáveis que influenciaram na prática para o parto ativo das mulheres do grupo controle foram: ser da religião evangélica ($p=0,043$), viver com companheiro ($p=0,034$) e ser nulípara ($p=0,012$)

A Tabela 3 apresenta o percentual de adequação do conhecimento, da atitude e da prática no Grupo Intervenção.

Tabela3 -Avaliação percentual da adequação do conhecimento, da atitude e da prática no grupo Intervenção. Fortaleza-CE, 2016.

Variável	Categoria	Total	Conhecimento %	Atitude %	Prática %
Idade (anos)	< 20	12	25,0	75,0	91,7
	20 - 30	53	52,8	64,2	75,5
	> 30	19	57,9	47,4	47,4
	P-valor		0,165	0,308	0,021
Estado civil	Solteira	14	35,7	78,6	78,6
	Casada	34	67,6	52,9	58,8
	Viúva	-	-	-	-
	União consensual	36	38,9	63,9	80,6
	Divorciada	-	-	-	-
	P-valor		0,034	0,263	0,115
Procedência	Fortaleza	35	68,6	62,9	68,6
	Interior do Ceará	45	35,6	62,2	73,3
	Outra capital	3	66,7	66,7	66,7
	Outro	1	0,0	0,0	100,0
	P-valor		0,006	0,828	0,939
Renda familiar categórica	<1 a 2 salários mínimos	44	29,5	59,1	70,5
	>2 a 4 salários mínimos	26	69,2	69,2	80,8
	>3 a 6 salários mínimos	11	81,8	63,6	63,6
	Mais de 6 salários mínimos	3	66,7	33,3	33,3
	P-valor		0,001	0,645	0,274
Cor da pele	Branca	16	75,0	62,5	62,5
	Preta	23	17,4	47,8	60,9
	Parda	45	57,8	68,9	80,0
	Amarela	-	-	-	-
	Indígena	-	-	-	-
	P-valor		0,001	0,260	0,174
Escolaridade	Até 11 anos	26	19,2	38,5	53,8
	Pelo menos 12 anos	58	63,8	72,4	79,3
	P-valor		0,001	0,004	0,021
Trabalha fora	Sim	44	65,9	63,6	70,5
	Não	40	32,5	60,0	72,5
	P-valor		0,004	0,823	1,000

	Católica	51	54,9	70,6	70,6
	Evangélica	24	54,2	45,8	70,8
Religião	Espírita	-	-	-	-
	Outra	9	11,1	55,6	77,8
	Ateu	-	-	-	-
	P-valor		0,055	0,099	1,000
	Sozinha	3	33,3	66,7	100,0
	Companheiro	40	62,5	70,0	82,5
Mora com quem	Companheiro e filho(s)	29	44,8	48,3	55,2
	Familiares	12	25,0	66,7	66,7
	Outros	-	-	-	-
	P-valor		0,098	0,308	0,062
	1	45	53,3	75,6	86,7
Quantidade de gestações	2	29	51,7	48,3	58,6
	3	8	12,5	37,5	37,5
	4	2	100,0	50,0	50,0
	P-valor		0,081	0,025	0,003
	Não	77	48,1	62,3	71,4
Aborto	Sim	7	71,4	57,1	71,4
	P-valor		0,433	1,000	1,000
	1	79	49,4	60,8	69,6
Início do pré-natal em trimestre	2	4	75,0	100,0	100,0
	3	1	0,0	0,0	100,0
	P-valor		0,626	0,121	0,517
	Sim	53	56,6	62,3	71,7
Planejamento da gravidez	Não	31	38,7	61,3	71,0
	P-valor		0,174	1,000	1,000
	Sim	84	50,0	61,9	71,4
Gravidez desejada	Não	-	-	-	-
	P-valor		-	-	-
	Sim	44	56,8	68,2	75,0
Participação em grupo de gestante	Não	40	42,5	55,0	67,5
	P-valor		0,275	0,263	0,478
	Sim	41	53,7	68,3	80,5
Recebeu alguma orientação no pré-natal sobre parto	Não	43	46,5	55,8	62,8
	P-valor		0,663	0,268	0,093

Fonte: Dados gerados pelo autor

Na variável idade, 53 das gestantes concentraram-se na faixa etária de 20 a 30 anos. Quanto ao estado civil, assim como no grupo controle prevaleceram as mulheres em união consensual (n=36).

A maioria das gestantes do grupo intervenção era procedente do interior do estado (n= 45), 44 com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, de cor parda (n=45), com pelo menos 12 anos de estudo (n=58). As mulheres do GI trabalhavam fora de casa, em maioria (n=44), eram católicas (n=51) e moravam com o companheiro (n= 40).

Quanto ao perfil reprodutivo, 45 eram primíparas, 77 das mulheres nunca tiveram abortamento, 79 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 53 planejaram a gravidez e todas as gestantes afirmaram desejar a gravidez (n=84).

Quando indagadas sobre a participação em grupo de gestantes e as orientações recebidas no pré-natal sobre o parto ativo, 44 e 43 mulheres participaram de grupo e não receberam orientações, respectivamente. Este fato decorre porque os profissionais do município onde foi realizado o estudo tinham a rotina de fornecerem informações apenas no último mês de gestação, e as gestantes que participaram da intervenção estavam no terceiro trimestre.

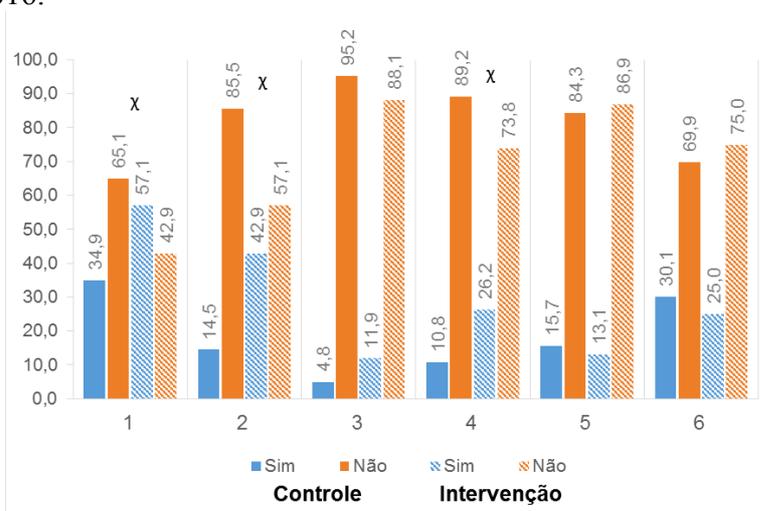
Observou-se que as mulheres do grupo intervenção, ou seja, as que assistiram ao vídeo educativo de preparação para o parto ativo, apresentaram ter maior conhecimento sobre a temática quando eram casadas (p=0,034), procedentes de Fortaleza (p= 0,006); que recebiam de três a seis salários mínimos (p=0,001); as de cor branca (p=0,001); com pelo menos 12 anos de estudo (p=0,001) e que trabalhavam fora de casa (p=0,004).

As mulheres que apresentaram maior atitude para o parto ativo foram as que tinham pelo menos 12 anos de estudo (p=0,004) e as que eram primíparas (p=0,025).

As variáveis que influenciaram na prática foram: ser menor de 20 anos (p=0,021); ter pelo menos 12 anos de estudo (p=0,021) e ser primíparas (p=0,003), ou seja, o fato delas nunca terem experienciado uma gestação anterior fez com que optassem por um parto ativo, atuando como protagonistas desse processo.

Para melhor entendimento da avaliação das respostas das mulheres do grupo controle e intervenção quanto ao nível de conhecimento, atitude e prática acerca do parto ativo, analisaram-se nos gráficos abaixo a comparação das porcentagens de adequabilidade dos grupos.

Gráfico 1 -Avaliação dos grupos quanto ao nível de conhecimento acerca do parto ativo. Fortaleza-CE, 2016.



Legenda:

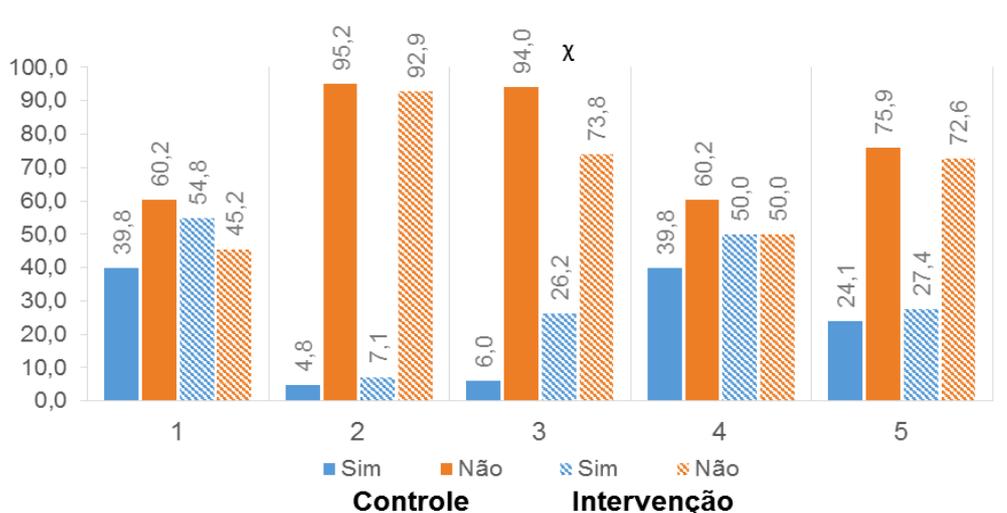
1-Participação ativa da mãe; 2-Participação do acompanhante; 3-Uso da posição vertical
4-Privacidade na hora de parir; 5-Uso de terapias não farmacológicas para o parto;
6-Não sabe ou não lembra

O Gráfico 1 retrata a avaliação do nível de conhecimento dos grupos em questão, quando indagadas: o que caracteriza um parto ativo? Observou-se que o Grupo Intervenção, ou seja, as mulheres que assistiram ao vídeo obtiveram respostas mais adequadas em todos os quesitos do que o Grupo Controle. As respostas mais citadas pelas gestantes do grupo intervenção foram a participação ativa da mãe (57,1%) e participação do acompanhante de livre escolha (42,9%). Opondo-se às respostas consideradas satisfatórias, as mulheres do Grupo Controle demonstraram desconhecimento quanto à posição vertical e privacidade na hora de parir como pontos importantes para o parto ativo.

No Gráfico 2, quando perguntadas sobre: *quais os benefícios do parto ativo?* As mulheres do Grupo Intervenção também obtiveram resultados com maior adequabilidade do que o Grupo Controle. As respostas mais citadas pelas gestantes foram: melhor condição de nascimento do bebê (54,8%) e melhor recuperação no pós-parto (50%).

Quando questionadas, as gestantes tinham que responder pelo menos dois benefícios, o que não denotaria que elas não possuíam conhecimento com relação aos outros itens.

Gráfico 2 -Avaliação dos grupos quanto ao nível de conhecimento acerca do parto ativo. Fortaleza-CE, 2016.

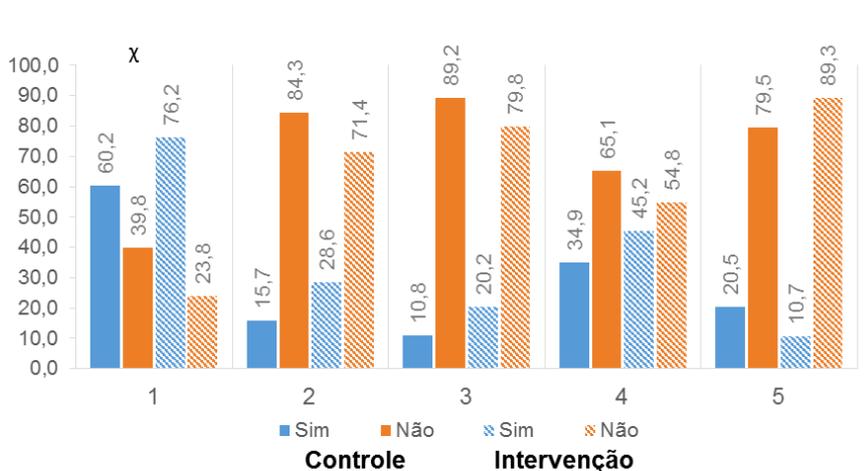


Legenda:

1-Melhor condição de nascimento para o bebê; 2-Favorece a dilatação do colo do útero;
3-Trabalho de parto e período expulsivo são mais curtos; 4-Melhor recuperação no pós-parto
5-Não sabe ou lembra

No Gráfico 3, quando questionadas sobre: o que você acha importante fazer para ter um parto ativo? O item mais respondido pelas gestantes do Grupo Intervenção foi respiração (76,2%), seguido do uso da bola e cavalinho (45,2%). Merece atenção o desconhecimento das mulheres do Grupo Controle, pois a maioria não assinalou práticas importantes no momento do parto, como deambulação e posição vertical.

Gráfico 3 -Avaliação dos grupos quanto ao nível de atitude acerca do parto ativo. Fortaleza-CE, 2016.



Legenda (Atitude):

1-Respiração; 2-Deambulação; 3-Posição vertical; 4-Uso da bola e cavalinho;
5-Não sabe ou não tem opinião

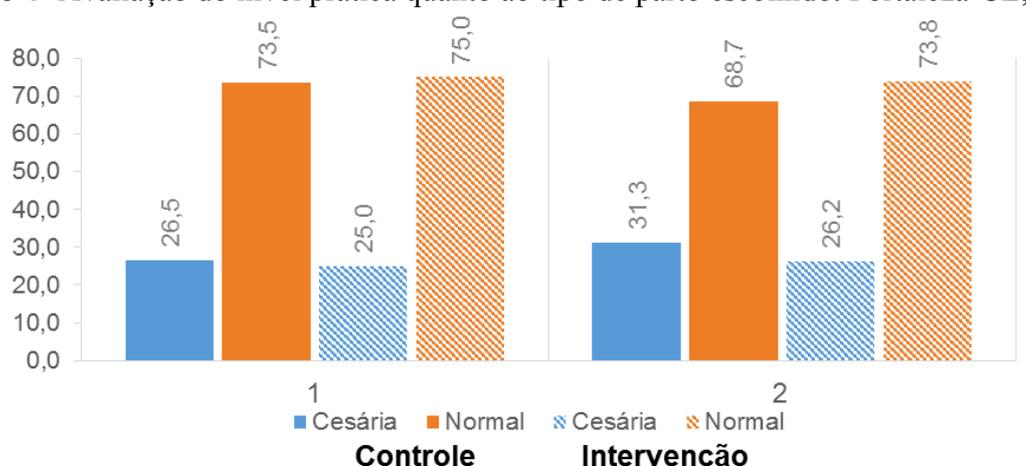
O Gráfico 4 evidencia o tipo de parto pretendido (atitude) e o parto realizado (prática) pelas gestantes dos dois grupos.

Observou-se em ambos os grupos que o tipo de parto pretendido e escolhido foi o parto normal e que o Grupo Intervenção obteve maior resultado quanto ao tipo de parto pretendido (75%) do que o Grupo Controle (73,5%), ou seja, a atitude foi mais satisfatória para o parto normal nas mulheres que assistiram ao vídeo.

Com relação ao parto realizado, o Grupo Intervenção obteve também maior resultado (73,8%) quando comparado ao Grupo Controle (68,7%). Portanto, pode-se inferir que o vídeo pode ter influenciado quanto à decisão na escolha do tipo de parto.

Nesse contexto, evidencia-se a importância de trabalhar com tecnologias educativas para promoção da saúde, neste caso, para o parto ativo, humanizado, em que a mulher toma consciência do próprio corpo e age em direção ao fisiológico, ao natural.

Gráfico 4- Avaliação do nível prática quanto ao tipo de parto escolhido. Fortaleza-CE, 2016



Legenda:

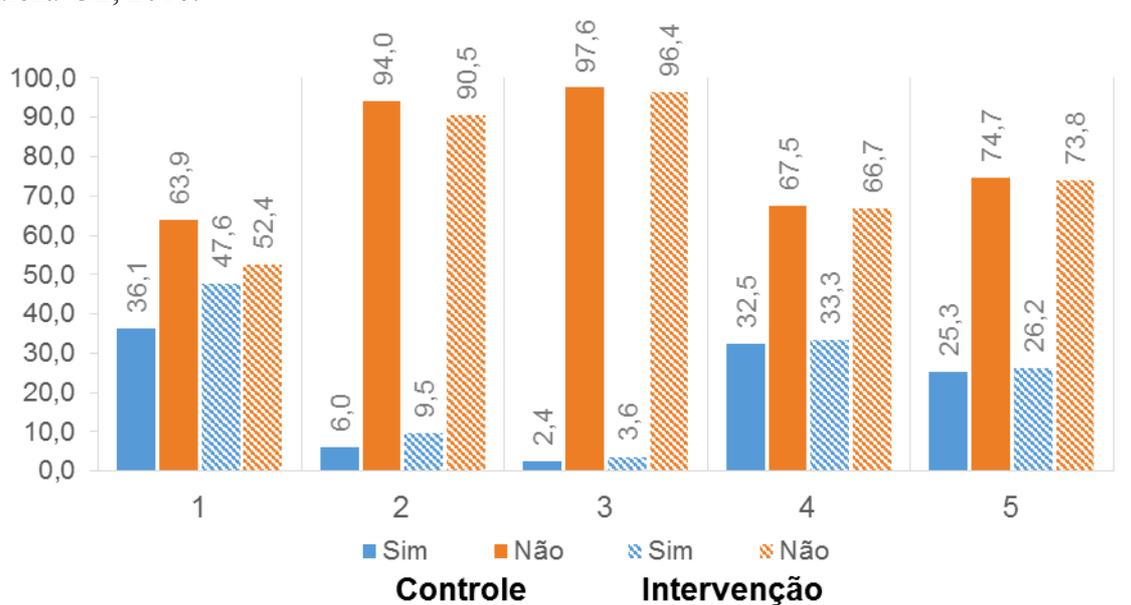
1-Qual o tipo de parto pretendido (Atitude); 2-Qual o tipo de parto teve (Prática)

O Gráfico 5 apresenta avaliação de quais tipos de atitude foram realizados na prática no parto ativo.

As mulheres que assistiram ao vídeo apresentaram melhor resposta em todos os itens quando comparadas ao Grupo Controle. O item mais citado pelas mulheres do Grupo Intervenção foram: respiração (47,6%) e uso da bola e cavalinho com (33,3%). Destaca-se a relevância dada as técnicas escolhidas, uma vez que algumas, como a respiração, foi apontada

na etapa da avaliação do conhecimento acerca do que seria um parto ativo, e reconsiderada na avaliação da atitude dessas mulheres.

Gráfico 5 -Avaliação do nível prática quanto ao tipo de atitude realizadas no parto normal. Fortaleza-CE, 2016.



Legenda (Prática):

1-Respiração; 2-Deambulação; 3-Posição vertical; 4-Uso da bola e cavalinho; 5-Não sabe ou não tem opinião

Como forma de sintetizar os dados apresentados nos gráficos acima, a tabela 4 apresenta um resumo das variáveis com respectivo valor de p, mostrando o nível de significância quando comparados os Grupos Intervenção e Controle.

Tabela 4 -Avaliação das categorias questionadas quanto ao conhecimento, atitude e prática nos dois grupos estudados. Fortaleza-CE, 2016.

Pergunta	P-valor
Você poderia dizer o que caracteriza um parto ativo	
1-Participação ativa da mãe	0,005
2-Participação do acompanhante de livre escolha	0,000
3-Uso da posição vertical	0,161
4-Privacidade na hora de parir	0,016
5-Uso de terapias não farmacológicas para o parto	0,665
6-Não sabe ou não lembra	0,492
Quais os benefícios do parto ativo	
1-Melhor condição de nascimento para o bebê	0,063
2-Favorece a dilatação do colo do útero	0,746

3-Trabalho de parto e período expulsivo são mais curtos	0,001
4-Melhor recuperação no pós-parto	0,214
5-Não sabe ou lembra	0,724

O que você acha importante fazer para ter um parto ativo

1-Respiração	0,031
2-Deambulação	0,062
3-Posição vertical	0,134
4-Uso da bola e cavalinho	0,207
5-Não sabe ou não tem opinião	0,092

Se normal, quais atitude a senhora teve

1-Respiração	0,159
2-Deambulação	0,565
3-Posição vertical	1,000
4-Uso da bola e cavalinho	1,000
5-Não sabe ou não tem opinião	1,000

Tipo de parto

1-Qual o tipo de parto pretendido (Atitude)	0,861
2-Qual o tipo de parto teve (Prática)	0,497

Fonte: Dados gerados pelo autor

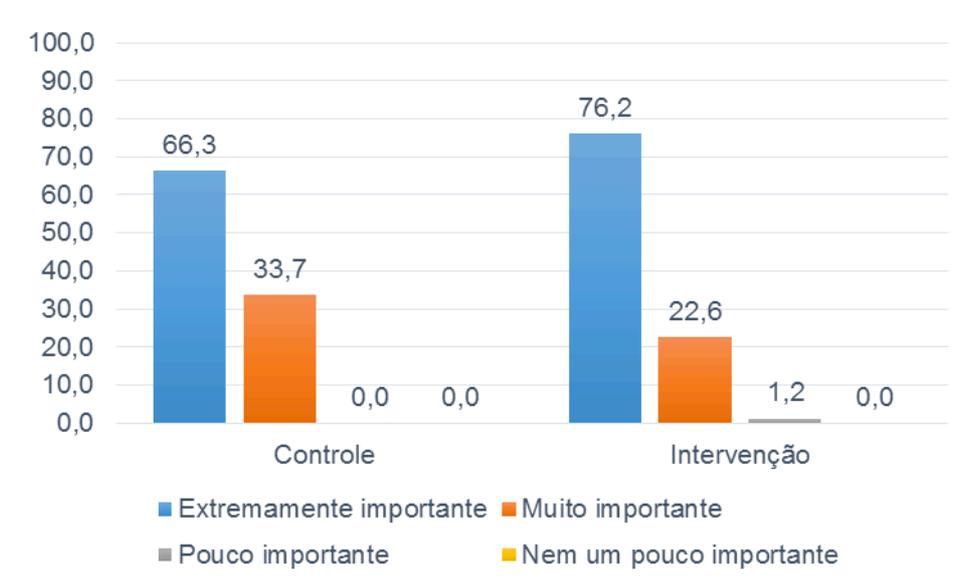
Observou-se significância nas variáveis participação ativa da mãe ($p=0,005$), participação do acompanhante de livre escolha ($p=0,000$) e privacidade na hora de **parir** ($p=0,016$), que correspondem às variáveis relacionadas ao nível de conhecimento acerca do parto ativo.

Ainda no nível de conhecimento, quando questionadas sobre os benefícios do parto ativo, houve significância na variável trabalho de parto e período expulsivo são mais curtos ($p=0,001$).

Com relação ao nível atitude, houve diferença entre os grupos, no item respiração ($p=0,031$). As variáveis relacionadas à prática ao parto ativo não tiveram significância.

No gráfico 6, avaliaram-se os grupos quanto ao nível de importância das orientações recebidas no pré-natal.

Gráfico 6- Avaliação dos grupos quanto ao nível de importância das orientações no pré-natal. Fortaleza-CE, 2016.



Observou-se que em ambos os grupos as gestantes consideraram como extremamente importante receberem orientações acerca da preparação para o parto no pré-natal, o Grupo Controle, com 66,3%, e o Intervenção, com 76,2%, o que ressalta a importância da estratégia educativa utilizada.

5.2 Satisfação das mulheres quanto à experiência do parto ativo

Com objetivo de avaliar o nível de satisfação das mulheres com relação ao parto, utilizou-se o QESP com as gestantes por meio de ligações telefônicas. Consideraram-se as opções muito pior e pior, como insatisfatório; e melhor e muito melhor, como satisfatório.

A Tabela 5 mostra a comparação das respostas com relação ao grau de satisfação a respeito do trabalho de parto, parto, pós-parto e nível de dor entre os Grupos Controle e Intervenção.

Tabela 5 -Comparação da distribuição da resposta dos itens 1 a 9 entre os Grupos Controle e Intervenção. Fortaleza-CE, 2016

Item		Controle		Intervenção		P-valor
		Insatisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Satisfatório	
1	n	25	49	13	60	0,038
	%	33,8	66,2	17,8	82,2	
2	n	25	49	8	65	0,001
	%	33,8	66,2	11,0	89,0	
3	n	23	50	10	63	0,017
	%	31,5	68,5	13,7	86,3	
4	n	43	30	21	52	0,000
	%	58,9	41,1	28,8	71,2	
5	n	44	30	23	50	0,001
	%	59,5	40,5	31,5	68,5	
6	n	30	44	19	54	0,080
	%	40,5	59,5	26,0	74,0	
7	n	27	47	8	65	0,000
	%	36,5	63,5	11,0	89,0	
8	n	25	49	5	68	0,000
	%	33,8	66,2	6,8	93,2	
9	n	18	56	10	63	0,141
	%	24,3	75,7	13,7	86,3	

Fonte: Dados gerados pelo autor

Legenda: 1. O TP decorreu de encontro com as suas expectativas. 2. O P decorreu de encontro com as suas expectativas. 3. O PP decorreu de encontro com as suas expectativas. 4. A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas. 5. A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas. 6. A dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expectativas. 7. O tempo que demorou o TP foi de encontro com as suas expectativas. 8. O tempo que demorou o P foi de encontro com as suas expectativas. 9. O tempo que demorou o PP foi de encontro com as suas expectativas.

Observou-se que em quase todos os itens o Grupo Intervenção obteve melhor nível de satisfação nas opções melhor e muito melhor do que o Grupo Controle, dando ênfase a importância do aprendizado adquirido por meio do vídeo educativo.

Foram significantes as questões referentes às expectativas quanto ao trabalho de parto, parto e pós-parto, itens 1, 2 e 3, assim como o tempo de espera do trabalho de parto e parto. Observou-se que o Grupo Intervenção obteve melhor nível de satisfação com 82,2%, 89% e 86,3%, respectivamente. Ao serem avaliadas sobre o nível de dor sentida conforme as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto, o Grupo Intervenção também obteve nível mais satisfatório, com 71,2%, 68,5% e 74%.

O item 6 que corresponde a pergunta: a dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expectativas?E o item 9 que corresponde a pergunta: o tempo que demorou o PP foi de encontro com as suas expectativas?Não mostrou significância entre os grupos.

A Tabela 6 evidencia a comparação entre os grupos da distribuição das respostas referentes ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e sentimentos vivenciados pelas gestantes durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Ressalta-se que foram consideradas as opções nada e um pouco, como insatisfatório; e muito e bastante, como satisfatório.

Tabela 6 -Comparação da distribuição da resposta dos itens 10 a 25 entre os grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2016.

Item		Controle		Intervenção		P-valor
		Insatisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Satisfatório	
10	n	61	13	48	26	0,024
	%	82,4	17,6	64,9	35,1	
11	n	61	13	50	24	0,057
	%	82,4	17,6	67,6	32,4	
12	n	64	10	48	26	0,004
	%	86,5	13,5	64,9	35,1	
13	n	64	10	48	26	0,004
	%	86,5	13,5	64,9	35,1	
14	n	64	10	53	20	0,042
	%	86,5	13,5	72,6	27,4	
15	n	64	10	53	20	0,042
	%	86,5	13,5	72,6	27,4	
16	n	56	18	68	5	0,006
	%	75,7	24,3	93,2	6,8	
17	n	55	19	70	4	0,001
	%	74,3	25,7	94,6	5,4	
18	n	60	14	69	4	0,021
	%	81,1	18,9	94,5	5,5	
19	n	17	57	21	53	0,573
	%	23,0	77,0	28,4	71,6	
20	n	18	56	17	57	1,000
	%	24,3	75,7	23,0	77,0	
21	n	57	17	69	5	0,010
	%	77,0	23,0	93,2	6,8	
22	n	59	15	71	3	0,004
	%	79,7	20,3	95,9	4,1	
23	n	60	13	72	2	0,003
	%	82,2	17,8	97,3	2,7	
24	N	43	31	14	60	0,000

	%	58,1	41,9	18,9	81,1	
25	N	42	32	12	62	
	%	56,8	43,2	16,2	83,8	0,000

Fonte: Dados gerados pelo autor

Legenda: 10. Usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP. 11. Usou métodos de respiração e relaxamento durante o P. 12. O relaxamento ajudou-a durante o TP. 13. O relaxamento ajudou-a durante o P. 14. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP. 15. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P. 16. Sentiu medo durante o TP. 17. Sentiu medo durante o P. 18. Sentiu medo logo após o parto. 19. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP. 20. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P. 21. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o TP. 22. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o P. 23. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde logo após o parto. 24. Já falou da experiência de parto com o companheiro. 25. Sente-se melhor depois de falar sobre a experiência de parto.

Observou-se que nos itens 10 a 13, que correspondem ao uso dos Métodos não Farmacológicos para o Alívio da Dor (MNF), as mulheres sentiram-se satisfeitas quando usaram tais alternativas para o alívio da dor.

Acrescenta-se significância estatística também nos itens de 12 a 18, que abordam questões sobre relaxamento, conhecimento dos acontecimentos no trabalho de parto e parto e sobre o medo. Os dados reforçam que o esclarecimento e a educação no pré-natal desmitifica e esclarece aspectos relevantes ao ato de parir.

Foram também satisfatórios os resultados quanto à preocupação com o estado de saúde, participação do companheiro e sentimento relacionado ao bem-estar com o parto, presentes nas questões de 11 a 25.

Conforme apresentado, torna-se evidente que o nível de satisfação com o trabalho de parto e parto das mulheres que assistiram à tecnologia foi maior. Podendo-se inferir que os cuidados e as orientações realizados no pré-natal para preparação para o parto, atrelados a uma tecnologia educativa, torna-se mais eficaz do que quando utilizados os cuidados de rotina isoladamente.

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil das mulheres participantes do estudo e sua relação com o conhecimento, atitude e prática para o parto ativo

No presente estudo, houve predomínio de adultas jovens, na faixa etária de 20 a 30 anos, corroborando com o estudo de Davim, Torres e Dantas (2009) que das 100 parturientes pesquisadas, 76% concentraram-se na faixa de 20 a 30 anos. Os resultados consistem em um dado esperado, por tratar-se do ápice do período reprodutivo, o que implica maior número de gestação nessa faixa etária.

Observou-se no estudo que as mulheres casadas e em união consensual foram predominantes tanto do Grupo Controle quanto do Grupo Intervenção e foram as que apresentaram o melhor nível de conhecimento, com estatística significativa ($p=0,004$ e $p=0,034$). Sabe-se que a estabilidade da situação conjugal da gestante é reconhecidamente um componente que deve ser valorizado, sobretudo no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

Corroborar com esse achado os dados encontrados na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, que identificou que 64,1% das mulheres são casadas ou vivem em união consensual (BRASIL, 2009). Vale ressaltar que esta é uma realidade presente em muitas pesquisas, revelando inclusive que a presença do companheiro é fator de proteção e apoio para mulher nos diversos cenários que ela vive (FAGUNDES *et al.*, 2013).

Morar na capital foi fator que influenciou positivamente no conhecimento das mulheres do Grupo Intervenção ($p=0,006$), sendo este resultado encontrado no estudo de Coutinho *et al.* (2014), em que as puérperas que realizaram aulas de preparação para o parto, 83,6% delas pertenciam ao meio urbano, o que pode contribuir para melhor oportunidade e acesso à educação. No GC, a procedência não foi significativa, destacando-se que a maioria das mulheres era do interior do Ceará.

A renda familiar predominante entre as mulheres do estudo foi entre um e dois salários mínimos. Contudo, as mulheres que recebiam de três a seis salários mínimos, obtiveram conhecimento mais adequado tanto no GC (75%) como no GI (81,8%), ou seja, um bom poder aquisitivo interferiu no conhecimento da gestante acerca do parto ativo, após a exposição do vídeo. Em estudo realizado no ambulatório de pré-natal da Fiocruz,

apresentaram-se opostos, em que 63% das gestantes atendidas viviam com renda de três salários mínimos, o que pode ser considerado baixa renda (XAVIER *et al.*, 2013).

Quanto à variável escolaridade, as mulheres do estudo possuíam mais de 12 anos de estudo em ambos os grupos. Porém, no Grupo Controle apenas o conhecimento delas foi estatisticamente significativo ($p= 0,003$), diferenciando do grupo intervenção, em o conhecimento ($p=0,001$); a atitude ($p=0,004$) e a prática ($p=0,021$) foram significativos. Assim, pode-se inferir que mulheres com mais anos de estudo revelam não somente o conhecimento adequado, mas melhor atitude e prática para o parto ativo.

Os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais (saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação) entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde (XAVIER *et al.*, 2013).

O nível de escolaridade é um aspecto associado com o acesso ao cuidado de saúde de muitas maneiras, incluindo o acesso à informação e à educação pré-natal. Os achados deste estudo corroboram com o de Moraes (2012), em que puérperas que realizaram preparação para o parto apresentaram no ensino superior maior valor percentual (42,9%), enquanto que as puérperas que não realizaram preparação para o parto revelaram no ensino básico a maior percentagem (50,3%). Pode-se inferir que os achados deste estudo se contradizem com pesquisas realizadas anteriormente, em que a maioria das gestantes possuía baixo nível de escolaridade (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

O nível de instrução dos indivíduos pode ter efeito na percepção dos problemas de saúde e na capacidade de entendimento dos indivíduos, assim como na utilização dos serviços de saúde e adesão aos procedimentos, ressaltando que o conhecimento adequado está associado ao nível de escolaridade (BRASIL, 2008). Destaca-se que as gestantes costumam consultar diferentes recursos para obter informações sobre a gravidez, como aqueles disponíveis no ambiente e nas mídias sociais.

O fato da maioria das gestantes trabalharem fora de casa nos dois grupos influenciou no nível de conhecimento delas, sendo este indicador significativo, ou seja, as mulheres estão cada vez mais buscando a sua independência financeira e qualificação profissional.

Com relação à religião, a católica foi a mais predominante nos dois grupos, porém a evangélica foi a que obteve melhor resultado no indicador prática com relação ao parto ativo. No Grupo Intervenção, não houve significância entre os indicadores. O resultado

corroborar com o estudo de Silva *et al.* (2010), que relata que a religiosidade/espiritualidade vem sendo apontada como importante fator de proteção para a saúde. No estado gravídico, por ser uma fase da vida da mulher permeada por insegurança, as mulheres são propensas a se apegar a aspectos religiosos, com esperança de receber proteção durante a gestação e o parto (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Morar com companheiro foi fator para adequabilidade ao parto ativo. Brasil (2012) relata que a presença do companheiro tem sido interpretada como a possibilidade de maior suporte emocional no período da gravidez.

Estado realizado em Pelotas-RS, com intuito de avaliar os fatores associados à realização de pré-natal, identificou que as mulheres solteiras apresentaram risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas às casadas. Uma hipótese para este achado pode estar relacionada ao apoio do parceiro durante a gestação, que se mostrou favorecedor para adesão ao pré-natal e, contrariamente, a falta de contato com o pai do bebê, juntamente com baixa escolaridade materna, contribuíram tanto para a não procura por atendimento quanto para realização de menor número de consultas na gestação (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

As gestantes primíparas predominaram no GC e apresentaram melhor adequação à prática ao parto ativo ($p= 0,012$). No GI, o número de gestações influenciou na atitude e prática adequadas ($p= 0,025$ e $p= 0,003$).

A pesquisa de Camacho *et al.* (2010) analisou que as gestantes que já tinham outros filhos não demonstraram tanta ansiedade com as transformações inerentes à gestação, por possuírem conhecimentos anteriores. Diferenças ocorrem com as primigestas, principalmente as mais jovens, pois os sentimentos e a busca por conhecimento a respeito da maternidade vão acompanhando a gravidez.

Os dados do presente estudo revelaram que a maioria das gestantes do Grupo Controle e Intervenção iniciaram o acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação. A assistência pré-natal deve ter início em fase precoce, assim as medidas profiláticas podem ter alcance maior, e o tratamento de certas afecções pode ser efetuado antes de possível comprometimento do conceito. Somado a esses cuidados, encontra-se a vertente da educação, no intuito de preparar a futura mãe desde o nascimento (SILVA, 2013).

Essa iniciativa está embasada na humanização e assistência às mulheres, como a realização de parto e nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção, tendo o parto como evento fisiológico e social, com protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família.

Quanto ao planejamento da gravidez, a maioria das gestantes de ambos os grupos planejou suas gestações, mas apenas no Grupo Controle houve significância. O estudo de Borges *et al.* (2011) corrobora em os resultados, que revelou que das 126 gestantes do município de Marília que participaram da pesquisa, apenas 33,3% planejaram a gravidez. Logo, o planejamento da gravidez é um conceito complexo que considera não apenas elementos concernentes ao desejo e à intenção, mas também contextos e circunstâncias pessoais, além do comportamento contraceptivo em si.

Em contrapartida, o estudo de Prietschet *al.* (2011) revela que a cada ano, pelo menos, 80 milhões de mulheres em todo o mundo experimentam a situação de ter uma gravidez não planejada, número que vem crescendo nas últimas décadas. A ocorrência desse fenômeno é responsável por um risco adicional no número de abortamentos e, além do episódio em si, aumenta o risco de morbidade e mortalidade ligadas ao aborto.

Segundo Morinet *al.* (2003), o desejo e a intenção de engravidar são elementos que compõem o planejamento de uma gravidez, principalmente porque o desejo é considerado um sentimento que não necessariamente conduz a uma ação e, por sua vez, a intenção está relacionada ao contexto pessoal, como o apoio do parceiro e a inserção no trabalho, podendo desencadear uma ou mais iniciativas para engravidar. Já o planejamento situa-se no âmbito comportamental, pois inclui a adoção de medidas centradas na concepção e somente pode existir na medida em que há o desejo e/ou a intenção, não importa em qual intensidade.

Quanto à participação em grupo de gestantes e as orientações recebidas, pôde-se perceber que apesar da participação em grupos, as mulheres não tiveram informações sobre o que seria o parto ativo. Resultado este encontrado também em um estudo que mostrou que 57% das gestantes atendidas em um serviço de assistência pré-natal do SUS declararam que não receberam informações educativas durante a gravidez (TREVISAN *et al.*, 2002). Tal resultado infere que a gestante geralmente não recebe a quantidade de informação que deseja e reitera a importância da educação pré-natal como parte do cuidado, garantindo que a informação esteja disponível para todas as gestantes quando elas assim necessitarem.

Piccinini *et al.* (2012) destacam a importância de se avaliar sistematicamente a assistência pré-natal, por meio de um espaço de escuta às gestantes e aos profissionais de saúde envolvidos no processo. A compreensão deste período é de crucial relevância para as questões imediatas de saúde da gestante e do bebê.

Com relação ao nível de importância das orientações recebidas no pré-natal, observou-se que em ambos os grupos as gestantes consideraram como extremamente importante receberem orientações acerca da preparação para o parto no pré-natal, o Grupo

Controle, com 66,3%, e o Intervenção, com 76,2%, o que ressalta a importância da estratégia educativa utilizada.

A orientação perinatal preocupa-se em estudar aspectos que permeiam a gravidez, o nascimento e alguns dias após o parto, considerando que a preparação para a maternidade envolve aspectos físicos, emocionais, nutricionais, ambientais, relacionais, profissionais, psicológicos e afetivos. Tem como objetivo orientar, informar e preparar a mulher para o processo de maternidade, possibilitar a esta, bem como ao casal, escolhas conscientes e orientadas. A segurança da mulher na sua habilidade em dar à luz pode ser aumentada ou diminuída pelo próprio cuidador, seja ele o obstetra ou a enfermeira (SILVA *et al.*, 2011).

Rios e Vieira (2007) enfatizam que o período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e maternidade. A mulher está direcionada e envolvida com a gravidez e com o bebê sensível à escuta. É um momento que possibilita intenso aprendizado, sendo a oportunidade para os profissionais de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar. Tal prática pode contribuir para que a mulher adquira autonomia, aumente a capacidade para enfrentar situações de estresse e crise e possa decidir sobre sua saúde.

6.2 Avaliação do conhecimento para o parto ativo

Ao avaliar os grupos quanto ao nível de conhecimento acerca do parto ativo, observou-se que as mulheres que assistiram ao vídeo obtiveram respostas mais adequadas em todos os quesitos do que o Grupo Controle. As respostas mais citadas pelas gestantes do grupo intervenção foram a participação ativa da mãe e participação do acompanhante de livre escolha.

Em estudo realizado em uma maternidade de grande porte no município de Fortaleza-CE, observou-se que as gestantes dão importância ao conhecimento adquirido por meio de sua vivência, quando falavam da forma como se comportaram no seu trabalho de parto e parto, e procuraram relacioná-lo com os anteriores, relatando como foi importante já terem vivenciado esse processo, e de como a experiência determinou o seu comportamento na parturição atual. Às vezes, os profissionais querem impor um comportamento que não se adapta ao saber da parturiente, fazendo assim que a mulher evolua para um difícil trabalho de parto (BEZERRA; CARDOSO, 2006)

Ainda nesse contexto, estudo realizado em Londrina apontou que ao buscar informações sobre o atendimento nas instituições hospitalares, uma gestante mostrou seu

descontentamento por não poder escolher o tipo de parto, fato percebido por ela como desrespeito aos direitos da mulher sobre o seu corpo, o que descaracteriza o atendimento humanizado que a instituição alega oferecer (SODRÉ *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, surge o plano de parto como mais um aliado à participação ativa da gestante durante o processo de parturição. O plano traçado pela mulher e ou casal é, primeiramente, um instrumento educativo, que informa sobre todas as alternativas disponíveis na assistência ao parto, com ou sem intercorrências. Poderão concretizar-se mudanças nas práticas dos serviços, o que possibilitará à mulher a chamada escolha informada sobre “onde, como e por quem” o parto será realizado; assim, ela fica consciente de seus direitos e se comunica melhor com os profissionais de saúde (YAM *et al.*, 2007).

Oliveira (2010) relata em seu estudo que a preparação para o parto concede à grávida poder/autoridade, como consequência do processo de procura do saber. Este processo educativo torna a mulher mais segura, um sujeito ativo no processo de nascimento. É nessa lógica e perspectiva, que o conhecimento da gestante deve ser elaborado. A mulher deve ser protagonista no processo de nascimento do filho.

No Brasil, a partir de abril de 2005, passou a vigorar a Lei nº 11.108 que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Desde então, percebe-se o interesse pela reorganização dos serviços; implementação da prática pelos profissionais e o aumento da participação do acompanhante escolhido pela mulher durante a parturição.

Segundo Longo, Andraus e Barbosa (2010), o acompanhante pode constituir mais do que simples presença se for permitida a sua participação ativa durante o processo parturitivo. Nesta condição, ele deixa de ser considerado mero representante fiscalizador da assistência obstétrica, para assumir o status de provedor do suporte a parturiente. Neste sentido, ele deixa de ser parte do imaginário da gestante. Nele é depositada a segurança de ter alguém próximo e confiável, assim como é a equipe de profissionais que ela atribui a tarefa do atendimento do manejo do parto.

O estudo de Enkinet *al.* (2005) revela que a presença de um acompanhante em sala de parto foi associada à redução da necessidade do uso de medicação para alívio da dor, da cesariana e do parto vaginal assistido. Ainda evidencia que a sua presença aumenta a probabilidade de a mulher sentir-se satisfeita com o próprio processo de parturição, vivenciando-o satisfatoriamente.

Quando questionadas sobre quais os benefícios do parto ativo, as gestantes do GI demonstraram maior conhecimento do que o GC. As respostas mais citadas pelas mulheres foram: melhor condição de nascimento do bebê e melhor recuperação no pós-parto.

O estudo de Melchior *et al.* (2009) afirma o achado deste estudo, em que das 40 gestantes entrevistadas no interior de São Paulo, 75% apresentaram preferência pelo parto normal. A justificativa delas foram: 62% relataram sobre a rápida recuperação; seguida pela consideração de ser um tipo de parto mais saudável para a mãe e o bebê (24%). A outra categoria, denominada Outros (14%), reunia respostas relacionadas à condição financeira, ausência de cicatriz e conselhos de outras pessoas. No estudo de Santos, Seelmann e Shimo (2013) evidenciou-se a preferência pelo parto normal pela maioria das mulheres, justificado pela recuperação rápida e a prática mais saudável e natural.

Uma revisão integrativa realizada acerca da vivência do parto normal ou cesárea pelas mulheres, também, apontou a preferência ao parto normal, visto que as mulheres o descreveram como pouco sofrimento, recuperação mais rápida, menos dor após o parto, e a possibilidade de voltar às atividades diárias e ter alta hospitalar mais cedo (VELHO *et al.*, 2012).

Contudo, a taxa de cesarianas ainda continua em um patamar elevado no Brasil, aumentando desde a década de 1990. Em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a proporção de partos normais no país, alcançando o valor de 52%, em 2010, cifra muito superior ao limite máximo de 15%, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (DOMINGUES *et al.*, 2014). Uma das explicações apresentadas é que essa “preferência” oculta questões subjacentes, que determinam na decisão final da gestante.

O estudo citado acima evidenciou também que a forma de organização da assistência ao parto afeta a preferência inicial das mulheres e a forma como a via de parto é decidida. Mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana, tendo uma elevada proporção de cesarianas primárias que se tornam indicação de nova cesariana em uma gestação futura. Mulheres do setor público mantêm preferência mais baixa pela cesárea, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação. Em ambos os setores, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, sendo a dor do parto o seu grande medo e a principal razão para a preferência por uma cesariana (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a fim de adequar os percentuais de cesariana à melhoria das condições de saúde prestada e preservar a vida de mulheres e seus recém-nascidos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a resolução normativa - RN N° 368, que

estabelece normas para estímulo ao parto normal e à consequente redução de cesarianas desnecessárias no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2015).

Esta resolução também prevê o fornecimento de informações claras e precisas sobre a evolução de gravidez à gestante, com dados necessários para que cada grávida escolha entre o parto normal e a cesárea, de acordo com a evolução da gestação. Assim feito, a ANS corrobora a atenção preconizada pelo Ministério da Saúde atodas as mulheres e não somente àquelas filiadas a algum plano de saúde suplementar (BRASIL, 2011). Além de estimular o parto vaginal em detrimento de cesarianas desnecessárias, o MS se posiciona em defesa da escolha informada da mulher, que precisa ser partilhada entre profissionais, gestante e sua família a partir do compartilhamento das informações.

6.3 Avaliação da atitude para o parto ativo

No tocante à atitude para um parto ativo, o Grupo Intervenção obteve o melhor resultado quando comparado ao Grupo Controle e o item mais respondido pelas gestantes foi respiração seguido do uso da bola e cavalinho, o que corrobora com outros estudos como o de Silva, Costa e Pereira (2011) que dos 1.287 registros de partos normais realizados em uma maternidade no Rio de Janeiro, o cuidado mais registrado na assistência ao parto foi o exercício respiratório, realizado em 77,8% (1002) dos atendimentos.

O estudo de Silva *et al.* (2011) também comprova o achado da pesquisa, em que foi realizado em 35 instituições obstétricas de São Paulo, sendo que 22 possuíam Centro Obstétrico (CO) e 13 Centro de Parto Normal (CPN), afim de caracterizar o uso da bola suíça, evidenciou que todas as instituições de CPN utilizavam a bola suíça como indicação para promover o relaxamento e aliviar a dor.

O uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento e o emprego de práticas não medicamentosas de alívio à dor do parto causam menos efeitos colaterais para a mãe e o bebê e podem permitir à mulher mais sensação de controle no parto.

As práticas e os serviços de atenção ao parto são influenciados pelos papéis desempenhados pela parturiente, pelos profissionais que a assistem e pelo ambiente onde ocorre o evento. Locais com atendimento voltado à fisiologia do nascimento e parto, onde as enfermeiras obstétricas e obstetizas, podem utilizar livremente suas habilidades para promover o parto normal, permitem o uso de práticas de conforto menos intervencionistas (SILVA, 2011).

Observou-se em ambos os grupos que o tipo de parto pretendido e escolhido foi o parto normal e que o grupo intervenção obteve maior resultado quanto ao tipo de parto pretendido do que o Grupo Controle, ou seja, a atitude foi mais satisfatória para o parto normal nas mulheres que assistiram ao vídeo. Com relação ao parto realizado, o GI obteve também maior resultado quando comparado ao GC. Portanto, pode-se inferir que o vídeo pode ter influenciado quanto à decisão na escolha do tipo de parto.

Os resultados da presente pesquisa corroboram com Potter *et al.* (2001) que em quatro capitais brasileiras, aproximadamente 76% das mulheres que frequentaram hospitais públicos e 70% das que frequentaram hospitais privados, referiram preferência pelo parto vaginal, contra 13% e 19% de usuárias de hospitais públicos ou privados, respectivamente, que preferiam a cesariana. Existe no Brasil a cultura de que as mulheres preferem a cesariana como opção de parto, no entanto, o parto normal ainda é prioridade na escolha da maioria delas, tanto entre as que utilizam o serviço de saúde público quanto o privado. Porém, as vezes acabam se submetendo a cesariana por indicação e conveniência do médico.

Esse fato pode estar associado por haver distorções no acesso aos serviços e recursos técnicos, científicos, tecnológicos e humanos de qualidade, e até pela precária contextualização das necessidades sociais. A carência física e funcional evidenciada na rede pública e as condições de vida das usuárias desses serviços contribuem para isso. Além disso, apesar de nos documentos oficiais nacionais proporem práticas personalizadas, ainda persiste padronização nos cuidados oferecidos, impondo-se medidas e regras prefixadas para o cotidiano desses espaços.

6.4 Avaliação da prática para o parto ativo

Com relação às práticas realizadas pelas mulheres que tiveram o parto normal, a respiração e o uso da bola e cavalinho foram as que mais predominaram no Grupo Intervenção. Ressalta-se que foram as mesmas citadas como importantes de se fazer para ter um parto ativo pelas mulheres no momento do parto, discutido anteriormente.

Esforços para implementação das práticas de incentivo ao parto normal fazem parte de um contexto de reação ao abuso da tecnologia na assistência ao parto e nascimento, que vem ocasionando resultados preocupantes. Uma análise das taxas mundiais e regionais de cesariana indica que a América Latina e o Caribe apresentam as taxas mais altas da cirurgia, (29,2%) e a África as mais baixas (3,5%). Em países desenvolvidos, a proporção de

cesarianas é 21,1%, e nos países menos desenvolvidos é de apenas 2% (BÉTRAN *et al.*, 2007).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006, relativa aos 10 anos anteriores, constatou que as cesarianas correspondem a 44% dos partos no país e, no setor privado ou suplementar, estas taxas chegam praticamente ao dobro (81%) (BÉRQUÓ *et al.*, 2009).

O estudo de Silva (2011) comprovou que as mulheres que tiveram parto normal demonstram ter expectativas mais positivas quanto ao parto. Também foi possível concluir que, através do parto normal, as parturientes se sentem mais satisfeitas, menos preocupadas e mais relaxadas.

Dentre os métodos não farmacológicos, a bola suíça é um recurso que traz vantagens por seu baixo custo financeiro, pela promoção da posição vertical, conferindo liberdade à parturiente para adotar outras posições, pelo exercício do balanço pélvico e por sua característica de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos.

A bola suíça permite à mulher liberdade de posição e alívio da dor durante o trabalho de parto, relaxamento e melhora da postura, além de proporcionar conforto quando o feto está se movimentando com frequência e facilitar a descida fetal (OLIVEIRA; BONILHA; TELLES, 2012).

O uso da intervenção educativa trouxe à mulher empoderamento, pela qual a gestante adquiriu maior poder e controle sobre o seu trabalho de parto, de forma a permitir-lhe participação ativa na tomada de decisão, comprovado no estudo pela adesão às mulheres a desempenharem atitudes favoráveis ao parto normal.

6.5 Satisfação das mulheres quanto à experiência do parto ativo

Quanto às expectativas das gestantes, nível de dor e tempo de duração do trabalho de parto, parto e pós-parto, o Grupo Intervenção obteve melhor nível de satisfação.

Os resultados corroboram com o estudo de Progiante e Costa (2012), em que um grupo de mulheres, após processar a discussão que participaram, confronta o novo com sua bagagem anterior e aponta em seus depoimentos desmistificação da dor e do sofrimento, mostrando que é possível aumentar a suportabilidade da dor do parto se os profissionais em suas ações educativas estimularem as clientes a vivenciarem suas experiências de maneira ativa e participativa, prevenindo o medo culturalmente propagado sobre a mesma.

Na comparação de estratégias não farmacológicas combinadas, na fase ativa do trabalho de parto, com o uso de exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e técnicas isoladas, como o banho de chuveiro, após prévia análise de seleção destas técnicas publicadas na literatura e avaliação da aceitação por 30 parturientes, verificou-se que ao avaliarem a dor das mulheres antes e após a realização das Estratégias não Farmacológicas (ENF) aos 6, 8 e 9 cm de dilatação cervical, foi notório alívio da dor, o que em condições fisiológicas, seria esperado aumento desta, à medida que a dilatação do colo uterino evolui (DAVIM; TORRES; MELO, 2007).

Os exercícios respiratórios no trabalho de parto têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de O₂, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade (GALLO *et al.*, 2011). O vídeo mostra técnicas de exercícios respiratórios que podem ser realizadas no pré-natal e no trabalho de parto, sendo relatadas como favoráveis e de fácil aceitação pelas gestantes.

Com relação ao nível de conhecimento no trabalho de parto e parto, o grupo controle apresentou nível insatisfatório maior que o grupo intervenção, com 86,5% e 72,6%, respectivamente. Pode-se concluir que as gestantes, após assistirem ao vídeo, obtiveram mais conhecimento com relação aos acontecimentos durante o trabalho de parto e parto.

É importante a realização de um pré-natal que forneça as informações sobre o trabalho de parto e parto, pois no momento da internação, as orientações dos profissionais de saúde serão recebidas como reforço e não como uma nova informação. Um importante objetivo da assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto consiste no alívio da dor, através do emprego das ENF, e no controle das emoções. Mesmo que essas estratégias já tenham sido orientadas durante o pré-natal ou em outra situação, devem ser destacados no trabalho de parto (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

O sentimento de medo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto foi mais evidente no Grupo Controle, visto que o nível de insatisfação do Grupo Intervenção foi maior, ou seja, as gestantes que assistiram ao vídeo sentiram menos medo do parto do que as gestantes que não assistiram.

Sentimentos como medo, temor, angústia e insegurança, quando manifestados, podem interferir de maneira negativa no processo de parturição, desencadeando na mulher alterações psíquico-afetivas e emocionais que influenciam o cuidado prestado pela equipe de saúde e, conseqüentemente, prejudicam o desfecho do parto (SCHMALFUSS *et al.*, 2010). Toda essa gama de sentimentos requer da mulher preparação física e psicológica para lidar com este momento em sua completude com satisfação e alegria.

Quanto à satisfação e preocupação das gestantes com relação ao trabalho de parto e parto, observou-se que as gestantes do Grupo Controle sentiram mais prazer durante o trabalho de parto (77%). Porém, as gestantes do Grupo Intervenção responderam sentir mais prazer durante o parto (77%). Pode-se inferir que o vídeo fez com que as gestantes aprendessem a utilizar técnicas de respiração, relaxamento e outros MNF no parto, conseqüentemente, o nível de dor diminuiu e a gestante pôde se entregar ao momento do parto com mais prazer e tranquilidade.

A preparação para o parto deve ser entendida pela mulher/casal como algo que lhes permite encarar e perceber a gravidez e o trabalho de parto como atos fisiológicos, em que o parto não é dor, mas alegria e felicidade (LEE; HOLROYD, 2009; MORGADO *et al.*, 2010).

Com relação ao nível de preocupação acerca do estado de saúde durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, as gestantes que assistiram ao vídeo demonstraram nível de insatisfação maior nos três níveis do parto, ou seja, as mulheres do Grupo Intervenção sentiram menos preocupação sobre seu estado de saúde do que o Grupo Controle.

Estudos afirmam que a dor não tem sido o único aspecto analisado para compreensão da evolução do trabalho de parto e parto. Estudos que avaliam a ansiedade, a autoeficácia, os sentimentos de controle e a satisfação durante o parto têm demonstrado resultados com significativa validade científica para que estes aspectos sejam abordados na preparação para o parto, no sentido de promover a saúde de gestantes que vivenciarão este momento de forma única e particular (BEEBE *et al.*, 2007; CHEUNG; IP; CHAN, 2007; CHRISTIAENS; BRACKE, 2007).

Um estudo investigou se a preparação para o parto poderia contribuir na forma como é vivido ou experienciado o trabalho de parto e pós-parto. Os resultados revelaram que a frequência na participação de programas de preparação para o parto diminuiu os níveis de ansiedade e depressão e promove o bem-estar no processo de maternidade. A mesma frequência não interfere em níveis de estresse, percepção de saúde geral e percepção de satisfação na vivência da maternidade (SANTOS, 2007).

Quando questionadas sobre se falaram sobre a experiência de parto com o companheiro e se sentem melhor depois de falar da experiência, o Grupo Intervenção mostrou melhor grau de satisfação quando comparadas ao Grupo Controle. Ter o marido ou outra pessoa significativa junto de si são aspectos que as mulheres, geralmente, valorizam e consideram determinantes para uma boa experiência de parto. Os medos e as dúvidas são muitos, sendo assim promover espaços de partilha com o companheiro ou até mesmo outros

casais é investir no futuro, facilitando a autonomia e promovendo vivências mais enriquecedoras.

O instrumento fundamental para uma boa experiência de parto é a confiança da mulher nos que lhe estão a prestar cuidados. Quanto maior for o entendimento e a capacidade para avaliar as necessidades e os desejos, melhor se sentirá a mulher em relação a sua experiência de parto. Se neste contexto, houver a participação do pai e for ele o principal interveniente na avaliação dos desejos e necessidades da sua companheira, então a intimidade entre os dois e a ligação resultante deste momento será fundamental para o desenvolvimento da sua relação e para transformar o momento do parto em uma experiência muito positiva para os dois (CONDE *et al.*, 2007).

7 CONCLUSÃO

Este estudo buscou por meio da avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre o parto ativo, validar uma tecnologia educativa sobre a temática.

Diante do exposto, têm-se as seguintes conclusões:

- Na amostra de 168 informantes, verificou-se que o Grupo Intervenção obteve maior adequação no conhecimento, na atitude e prática. Destacam-se os resultados com estatística significativa em quase todas as variáveis quando associadas ao grupo que recebeu a tecnologia, destacando a influência do vídeo educativo para o parto ativo.

- Nos aspectos sociodemográficos, as mulheres do Grupo Controle concentraram-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, com prevalência de mulheres em união consensual, procedentes do interior do Estado, com renda inferior a um salário mínimo, podendo variar até dois, pardas, com pelo menos 12 anos de estudo, trabalhado fora de casa, católicas e morando com companheiro. Já as mulheres do Grupo Intervenção concentraram-se na faixa etária de 20 a 30 anos, em união consensual, procedentes do interior do estado, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, de cor parda, com pelo menos 12 anos de estudo, trabalhando fora de casa, católicas e moravam com o companheiro.

- Quanto ao perfil reprodutivo, a maioria das mulheres do Grupo Controle era primípara, nunca havia tido abortamento, iniciou pré-natal no primeiro trimestre, planejou gravidez e desejou estar grávidas. No Grupo Intervenção, a maioria das gestantes era primípara, nunca tiveram abortamento, iniciou pré-natal no primeiro trimestre, planejou gravidez e todas as gestantes afirmaram desejar a gravidez.

- Quanto à participação em grupo de gestantes e as orientações recebidas no pré-natal sobre o parto ativo, a maioria das gestantes do Grupo Controle e Intervenção nunca participou de grupo nem receberam orientações.

- As variáveis estatisticamente significantes no Grupo Controle foram: estado civil, renda familiar, escolaridade, trabalha fora, religião, mora com quem, quantidade de gestações e planejamento da gravidez.

- No Grupo Intervenção, as variáveis estatisticamente significantes foram: idade, estado civil, procedência, renda familiar, cor da pele, escolaridade, trabalha fora e quantidade de gestações.

- Com relação à avaliação do nível de conhecimento dos dois grupos, observou-se que o Grupo Intervenção, ou seja, as mulheres que assistiram ao vídeo obtiveram respostas

mais adequadas em quase todos os quesitos do que o Grupo Controle, com participação ativa da mãe e participação do acompanhante de livre escolha.

- Na avaliação do nível de atitude, as gestantes do Grupo Intervenção consideraram como importantes para se ter um parto ativo, principalmente a respiração e o uso da bola e cavalinho.

- Observou-se também em ambos os grupos que o tipo de parto pretendido e escolhido foi o parto normal e que o Grupo Intervenção obteve maior número de mulheres que optaram pelo parto vaginal.

Com objetivo de avaliar o nível de satisfação das mulheres com relação ao parto, utilizou-se o QESP com as gestantes por meio de ligações telefônicas. Concluiu-se que:

- Em quase todos os itens, o Grupo Intervenção obteve melhor nível de satisfação do que no Grupo Controle.

- Conforme apresentado, o nível de satisfação com o trabalho de parto e parto das mulheres que assistiram à tecnologia educativa foi maior. Portanto, os cuidados e orientações realizados no pré-natal para preparação para o parto, atrelados a uma tecnologia educativa, torna-se mais eficaz, quando comparados aos cuidados utilizados de rotina de forma isolado.

- As questões estatisticamente significantes foram: expectativas quanto ao trabalho de parto, parto e pós-parto; tempo de espera do trabalho de parto e parto; relaxamento, conhecimento dos acontecimentos no trabalho de parto e parto e sobre o medo; preocupação com seu estado de saúde; participação do companheiro e o sentimento relacionado ao bem-estar com o parto.

O estudo revelou que a preparação para o parto influencia positivamente na percepção das gestantes durante todo o processo parturitivo. Neste sentido, as políticas de saúde devem possibilitar o seu desenvolvimento nas instituições de saúde, de forma descentralizada, de modo a que todas as grávidas tenham acesso a esta preparação, independentemente do seu local de residência e da sua formação acadêmica.

Portanto, para que a mulher obtenha experiências de parto mais satisfatória e gratificantes, é necessário instituir estratégias de educação para a saúde que permitam um empoderamento eficaz da mulher/casal, para que estes sejam participantes ativos no processo de parentalidade.

Para isso, é necessário que enfermeiros de saúde materna e obstétrica sejam agentes ativos na prossecução destes resultados, mostrando-se coniventes com a mudança de paradigma que esta realidade exige do sistema de saúde.

Assim, confirma-se a tese de que a utilização de um vídeo educativo de preparação para o parto aumenta o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes para o parto ativo atendidas em uma unidade básica de saúde da família.

Tendo a atenção primária em saúde um papel estratégico na rede assistencial à gestante, cabe aos pesquisadores e profissionais da área potencializar as ações de promoção à saúde desenvolvidas nestes espaços. Logo, o vídeo educativo de preparação para o parto ativo, tornando a presente tecnologia válida para ampla utilização.

Todavia, sugere-se que outros estudos sejam realizados, em uma busca contínua de melhor compreensão do fenômeno preparação para o parto, devido a sua especificidade e complexidade, e no sentido de reforçar os conhecimentos relativamente à satisfação da mulher e do casal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M.R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 819-827, 2012.
- ALVES, A.S.; LOPES, M.H.B.M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.1, p.11-17, 2008.
- BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo:Ed. Ground., 2008.
- BARRETO, A.; OLIVEIRA, Z. O ser mãe: Expectativas de primigestas. **RevSaúdeCom.**,v. 6, n.1, p. 9-23, 2010.
- BASSO, J.; MONTICELLI, M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in Humanized Births. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 3, p.390-397, 2010.
- BETRAN, K. R. *et al.* The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. **J ObstetGynecol Neonatal Nurs.**,v. 36, n. 5, p. 410-418, 2007.
- BERGSTRÖM, M.; KIELER, H.; WALDENSTRÖM, U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 2, n. 1, p. 46-52, 2009.
- BERGSTRÖM, M.; KIELER, H.; WALDENSTRÖM, U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. **Acta Obstetrica ET GynecologicaScandinavica**, v. 89, n. 6, p. 794-800, 2010.
- BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 414-21, 2006.
- BORGES, A. L.V.; CAVALHIERI, F. B.; HOGA, L. A. K. et al. Planejamento da Gravidez: prevalência e aspectos associados. **RevEscEnferm USP**, v. 45, n. 2, p. 1679-84, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento**. Brasília. DF; 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenário e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Nº 233, de 06 de dezembro de 2005, seção 1, p. 32.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados**, 1998-2005/2006. 2ª edição. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil registra aumento no número de cesáreas**. Disponível em: <<http://portalesaude.saude.gov.br/portalesaude/noticia/3349/162/brasil-registra-aumento-no-numero-de-cesareas.html>>. Acesso em: 03 out.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Normativa Nº 368 de 6 de janeiro de 2015**. Fortaleza, CE, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, 2012.

CAMACHO, K. G. *et al.* Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Cienc. enferm**, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2010.

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a saúde da mulher na gestação: um processo educativo? **Diálogos Possíveis**. [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.fsba.edu.br/dialogospossiveis>. Acessado em: 24 de novembro. 2014.

CHEUNG, W.; IP, W. Y.; CHAN, D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. **Midwifery**, v.23, n. 2, p. 123-130, 2007.

CHRISTIAENS, W.; BRACKE, P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 7, n. 26, p.1-12, 2007.

CONDE, A. *et al.* Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.8, n.1, p. 49-66, 2007.

COSTA, R. *et al.* Tipo de Parto: Expectativas, Experiência e Satisfação. **Revista de Obstetrícia e Ginecologia**, v. 26, n. 6, p. 265-306, 2003.

COUTINHO, E. *et al.* Contributos da Preparação para o Parto na Percepção de Cuidados Culturais. **Millenium**, v. 47, p. 21-32, 2014.

COUTO, G. **Preparação para o parto representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural**. Porto: ICBAS. Dissertação de candidatura ao

Grau deMestre em Ciências de Enfermagem no Insitituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2002.

COUTO, G. R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.14, n.2, p. 190-198, 2006.

COUTO, G. R. Preparação para o parto: percepções dos professores de enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, p. 17-25, 2011.

DAMASCENO, A. M.; SAID, F. A. O método problematizador no cuidado educativo com mulheres no preparo ao parto. **CogitareEnferm.**, v.13, n.2, p. 173-183, 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **RevEscEnferm USP**, v. 43, n. 2, p. 438-445, 2009.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; MELO, E. S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Rev Latino-am Enfermagem**,v. 15, n. 6, p.1150-1156, 2007.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos.**Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 5-10, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 101-116, 2014.

ENKIN, M.*et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ETOWA, J. B. Becoming a mother: The meaning of childbirth for African-Canadian women. **Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession**, v. 41, n. 1, p. 28-40, 2012.

FAGUNDES, L. J.; VIEIRA JÚNIOR, E. E.; MOYSÉS, A. C. M. C.; LIMA, F. D.; MORAIS, F. R. B.; VIZINHO, N. L. Sexually Transmitted Diseases in a specialized STD healthcare center: epidemiology and demographic profile from January 1999 to December 2009. **AnBrasDermatol**, v. 88, n. 4, p. 523-529, 2013.

FIOCRUZ. **Aumento de cesarianas no Brasil [Internet]**. Disponível em:<www.blog.saude.gov.br>. Acesso em: 14 out. 2014.

GALLO, R. B. S. *et al.* Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v.39, n.1, p. 41-48, 2011.

GOMES, V.; FONSECA, A.; ROBALLO, E. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. **Esc Anna Nery (impr)**, v. 15, n. 2, p.300-305, 2011.

- GRANJEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá –CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **RevEscEnferm USP**, v. 42, n. 2, p. 105-111, 2008.
- GUERRA, M. **O parto desejado**: expectativas de um grupo de grávidas. 2010. 72f. Dissertação(Mestrado) - Universidade Católica Portuguesa /Porto, Instituto de Ciências da Saúde, 2010.
- HASTAD, D. N.; LACY, A. C. **Measurement and Evaluation in Physical Education and Exercise Science**. 2 ed. GorsuchScarisbrik: Arizona, 1999.
- HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Revista Investigación y Educación em Enfermería**, v. 15, n. 1, p. 74-81, 2007.
- KALIYAPERUMA, L.K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, p.7-9, 2004.
- LEE, L. Y. K.;HOLROYD, E. Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. **InternationalNursingReview**, v. 56, n. 3, p.361-368, 2009.
- LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**. v. 12, n. 2, p. 386-91, 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a25.htm. Acesso em: 14 out. 2014.
- MACEDO, P. O. *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentada pela Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. **Esc Anna Nery.**, v. 12, n. 2, p.341-347, 2008.
- MALATA, A.*et al.* Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. **JournalofAdvancedNursing**, v. 60, n. 1, p. 67-78, 2007.
- MARINHO, L. A. B.; GURGEL, M. S. C.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev SaúdePública**, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.
- McBRIDE, C. M.; EMMONS, K. M.; LIPKUS, I. M. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. **Health educ. res.**, v. 18, n. 2, p. 156-170, 2003.
- MELCHIORI, L. E.*et al.* Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano, **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.
- MEYER, D. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? **RevBrasEnferm.**, v.55, n.2, p.189-95, 2002.
- MONTEIRO, B.; MARINHO, I.; CRUZ, L. O Cuidar em enfermagem de saúde materna eobstetrícia: um estudo sobre as expectativas e experiências de parto. **RevAssociação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, v. 9,p. 43-47, 2008.

MONTEIRO, F. P. M.; ARAÚJO, T. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Produção científica sobre tecnologia em enfermagem: revisão de literatura. **RevEnferm UFPE**, v. 4, n. spe, p. 114-122, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia Fundamental**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORAIS, C. A. R. N. **Influência da preparação para o parto na percepção dos cuidados culturais das puérperas da região Norte de Portugal**. 2012. 71f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia), Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2012.

MOREIRA, K. A. P. **Narrativas das mulheres sobre o parto: compreensão das experiências e das necessidades de cuidado**. 2008. 164f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

MOREIRA, K. A. P. **Desenvolvimento e avaliação de tecnologia educativa para promoção do empoderamento ativo no parto**. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 2014.

MORGADO, C. M. L., PACHECO, C. O. C., BELÉM, C. M. S. & NOGUEIRA, M. F. C. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. **Revista Referência, II Série**, n.º 12, p.17-27, 2010. Disponível em <https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=302&codigo=>.

MORIN, P. *et al.* Measuring the intensity of pregnancy planning effort. **PaediatrPerinatEpidemiol.**, v. 17, n. 1, p. 97-105, 2003.

MURPHY, H. R. Integrating education and technological interventions to improve pregnancy outcomes in women with diabetes. **Diabetes, obesityandmetabolism.**, v. 12, n. 2, p. 97-104, 2010.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

NOVIK, G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. **J. MidwiferyWomne's Health**. v. 54, n. 1, p. 226-37, 2009.

OLIVEIRA, G. K. S.; FRANÇA, B. F.; FREIRE, K. R. B.; OLIVEIRA, E. R. Intervenções de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 1, p. 59-67, 2009.

OLIVEIRA, A. *et al.* Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev Rene**. v. 11, p. 32-41, 2010.

OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L. L.; TELLES, J. M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **CiencCuid Saúde**, v.11, n.3, p.573-580, 2012.

PICCININI, C. A., et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.28, n.1, p.27-33, 2012.

PINCUS, J. The Official Lamaze Guide: Giving Birth With Confidence. **Birth: Issues in Perinatal Care**, v. 32, n. 4, p. 329-330, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, J. E. *et al.* Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: Prospective study. 545, 1155-1158, 2001.

PRIETSCH, O. M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.10, p.1906-1916, 2011.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery**, v. 8, n. 2, p. 194-197, 2004.

RIOS, C. T. F., VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização do pré-natal em município de grande porte. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGraw – Hill, 2013.

SANTOS, M. U. R. C. **Preparação para o Parto – Promoção do Bem-Estar da Parturiente através da Preparação para o Parto**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve, Portugal; 2007.

SANTOS, J. O. S., SEELMANN, H. T., SHIMO, A. K. K. Opinião de estudantes de nutrição sobre a preferência pela via de parto. **Revista de enfermagem e atenção à saúde**. v. 2, n. 01, 2013.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev CiêncMéd.**, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2003.

SCHMALFUSS, J. M. *et al.* O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **CiencCuidSaúde**, v. 9, n. 3, p. 618-623, 2010.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **CogitareEnferm.**, v.13, n.4, p.585-590, 2008.

SERÇEKUS, P.; METE, S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum Adaptation. **J AdvNurs.**, v. 66, n. 5, p. 999-1010, 2009.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **CogitareEnferm.**, v. 16, n. 1, p. 82-87, 2011.

SILVA, E. A. T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 2, p. 208-215, 2013.

SILVA, C. S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. et al. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **RevPsiq Clín.**, v. 37, n. 4, p.152-156, 2010.

SILVA, L. M. *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 5, p. 656-62, 2011.

SILVA, A. C. S. **Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto.** Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Universidade de Coimbra, 2011.

SODRÉ, T. M. *et al.* Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 452-60, 2010.

TREVISAN, M. R. *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 656-64, 2008.

UNICEF. **Aumento do número de cesáreas [Internet].** Disponível em: <www.unicef.org> Acesso em: 04 dez. 2014.

VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 458-66, 2012.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013.

YAM, E.A. *et al.* Introducing birth plans in México: an exploratory study in a hospital serving low-income mexicans. **Birth.**, v. 34, n. 1, p. 42-48, 2007.

ZAMPIERI, M.; ERDMANN, A. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **RevBras Saúde Materna Infantil**, v. 10, p. 359-367, 2010.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo Intervenção

Eu, Ivna Silva Andrade, enfermeira, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou convidando você para participar como voluntária de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa é intitulada: "Validação de um vídeo educativo para o conhecimento, atitude e prática de gestantes na preparação para o parto ativo", tem como objetivo de avaliar os efeitos da utilização de uma tecnologia educativa em gestantes no conhecimento, atitude e prática sobre preparação para o parto ativo. Será aplicado no terceiro trimestre da gestação um vídeo educativo com várias informações relacionadas à gestação, desde a concepção até o nascimento e um questionário para saber seu conhecimento, atitude e prática a respeito da preparação para o parto ativo. Não há nenhum tipo de risco para você. Os benefícios desta pesquisa estão voltados para o empoderamento da gestante no período pré-parto e parto.

Você não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa. Asseguro que suas informações serão utilizadas apenas para a realização deste trabalho e que, se desejar, terá acesso às suas informações. Você tem liberdade de desistir do trabalho a qualquer momento, sem que isto acarrete problemas para você. Quando este trabalho for apresentado, seu nome não será exposto, nem será fornecida nenhuma informação que permita sua identificação. As informações mencionadas só serão divulgadas entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Ivna Silva Andrade

Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua D, número 300, Passaré.

Telefones p/contato: 8508.4474

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

O abaixo-assinado, _____, ____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntária da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

--	--	--

Nome do voluntário

Data

Assinatura

--	--	--

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

--	--	--

**Nome da Testemunha (se o voluntário
não souber ler)**

Data

Assinatura

--	--	--

Nome do profissional que aplicou o

Data

Assinatura

TCLE

--	--	--

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo Controle

Eu, Ivna Silva Andrade, enfermeira, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou convidando você para participar como voluntária de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa é intitulada: "Validação de um vídeo educativo para o conhecimento, atitude e prática de gestantes na preparação para o parto ativo", tem como objetivo de avaliar os efeitos da utilização de uma tecnologia educativa em gestantes no conhecimento sobre preparação para o parto. Não há nenhum tipo de risco para você. Será aplicado no terceiro trimestre da gestação um questionário para saber alguns dados sobre você e seu conhecimento, atitude e prática a respeito da preparação para o parto ativo. Os benefícios desta pesquisa estão voltados para o empoderamento da gestante no período pré-parto e parto.

Você não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa. Asseguro que suas informações serão utilizadas apenas para a realização deste trabalho e que, se desejar, terá acesso às suas informações. Você tem liberdade de desistir do trabalho a qualquer momento, sem que isto acarrete problemas para você. Quando este trabalho for apresentado, seu nome não será exposto, nem será fornecida nenhuma informação que permita sua identificação. As informações mencionadas só serão divulgadas entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Ivna Silva Andrade

Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua D, número 300, Passaré.

Telefones p/contato: 8508.4474

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

O abaixo-assinado, _____, ___ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntária da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, ____/____/____

--	--	--

Nome do voluntário	Data	Assinatura

Nome do pesquisador	Data	Assinatura

Nome da Testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE C - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____
2. Idade: _____ anos completos 1. _____
2. Estado Civil:
 (1) solteira (2) casada (3) viúva (4) união consensual (5) divorciada 2. _____
3. Escolaridade: _____ anos completos de estudo 3. _____
 (Analfabeto = 0 anos; Ensino fundamental = 9 anos; ensino médio = 12 anos; ensino superior completo = adicionar o número de anos do curso)
4. Cor da pele: (1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena 4. _____
5. Procedência: (1) Fortaleza (2) interior do Ceará (3) outro _____ 5. _____
6. Trabalha fora: (1) Sim (2) Não 6. _____
7. Carga horária de trabalho por dia: _____ horas 7. _____
8. Renda Familiar: _____ (em reais)
 (1) < 1 a ≤ 2 salários mínimos (2) > 2 a ≤ 4 salários mínimos (3) > 4 a ≤ 6 salários mínimos (4) . Mais de 6 salários mínimos. 8. _____
9. Com quem mora:
 (1) Sozinha (2) Companheiro (3) Companheiro e filho (4) Familiares (4) Outros
 9. _____
10. Religião:
 (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Outra. Qual? ----- 10. _____

DADOS CLÍNICOS SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA

11. Peso: _____ 11. _____
12. Estatura: _____ 12. _____
13. IMC: _____ 13. _____
14. Idade Gestacional: _____ 14. _____
15. DPP: _____ 15. _____
16. G _____ P _____ A _____ 16. _____
17. Início do Pré-natal (em trimestre): _____ 17. _____
18. Realização de pré-natal (número de consultas): _____ 18. _____
19. Sua gravidez atual foi planejada?
 1 () sim 2 () não. 19. _____
20. Se não, por quê? _____ 20. _____
21. Sua gravidez atual é desejada?
 1 () sim 2 () não. 21. _____
22. Se não, por quê? _____ 22. _____
23. Participou de algum grupo de gestantes?
 1 () sim 2 () não. 23. _____
24. Se não, por quê? _____ 24. _____

DADOS SOBRE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

25. Recebeu alguma orientação no pré-natal sobre como se preparar para o parto?
 1 () sim 2 () não. 25. _____

26. Qual o profissional realizou a orientação?

(1) Enfermeiro (2) Médico (3) Ambos (4) Outros quais ? _____ 26 _____

27. Se sim, quais orientações?

28. Se não, por que você acha que não recebeu?

29. Você acha importante receber orientações sobre preparação para o parto na gravidez? 29 _____

1 () Muito importante

2 () Importante

3 () Pouco importante

4 () Nem um pouco importante

APÊNDICE D – FORMULÁRIO

CONHECIMENTO SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO ATIVO

A. Você já ouviu falar sobre parto ativo?

1 () Sim 2 () Não

B. Você poderia dizer o que caracteriza um parto ativo?

1 () Participação ativa da mãe 2 () Participação do acompanhante de livre escolha 3 ()
Uso da posição vertical 4 () Privacidade na hora de parir 5 () uso de terapias não
farmacológicas para o alívio da dor 6 () não sabe; não lembra

C. Quais os benefícios do parto ativo?

1 () Melhor condição de nascimento para o bebê 2 () Favorece a dilatação do colo do útero
3 () Trabalho de parto e período expulsivo são mais curtos 4 () Melhor recuperação no
pós-parto 5 () não sabe/não lembra

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO

1 () ADEQUADO 2 () INADEQUADO

Adequado: Quando a mulher já ouviu falar sobre o parto ativo, saber pelo menos duas características e dois benefícios do mesmo.

Inadequado: Quando a mulher nunca tiver ouvido falar sobre parto ativo ou já ter ouvido falar, mas não sabe citar, pelo menos duas características e dois benefícios.

ATITUDE SOBRE O TRABALHO DE PARTO ATIVO

A. Qual o parto você pretende ter:

1 () Cesárea 2 () Normal

B. O que você acha importante fazer para ter um parto ativo?

1 () Respiração 2 () Deambulação 3 () Posição vertical 4 () uso da bola e cavalinho
5 () Não sabe/não tem opinião

AVALIAÇÃO DA ATITUDE

1 () ADEQUADO 2 () INADEQUADO

Adequado – Quando a mulher apresentar como desejo o parto normal e souber pelo menos duas atitudes que deveria desempenhar para ter o parto ativo.

Inadequado – Quando a mulher não apresentar como desejo o parto normal e não tiver nenhuma atitude favorável em relação ao mesmo.

PRÁTICA SOBRE O PARTO ATIVO

A) Qual o tipo de parto a senhora teve?

1 () Cesárea 2 () Normal

Se cesárea porquê? _____

B) Se normal, quais atitudes a senhora teve?

1 () Respiração 2 () Deambulação 3 () Posição vertical 4 () uso da bola e cavalinho
5 () Nenhum

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA

() ADEQUADO () INADEQUADO

Adequado – Quando a mulher teve parto normal.

Inadequado – Quando a mulher não teve parto normal ou teve mas não apresentou nenhuma atitude para o parto ativo.

ANEXO A - QESP - QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO

(Adaptado)

Item	Muito pior	Pior	Melhor	Muito melhor
1. O TP decorreu de encontro com as suas expectativas				
2. O P decorreu de encontro com as suas expectativas				
3. O PP decorreu de encontro com as suas expectativas				
4. A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas				
5. A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas				
6. A dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expectativas				
7. O tempo que demorou o TP foi de encontro com as suas expectativas				
8. O tempo que demorou o P foi de encontro com as suas expectativas				
9. O tempo que demorou o PP foi de encontro com as suas expectativas				
	Nada	Um pouco	Muito	Bastante
10. Usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP				
11. Usou métodos de respiração e relaxamento durante o P				
12. O relaxamento ajudou-a durante o TP				
13. O relaxamento ajudou-a durante o P				
14. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP				
15. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P				
16. Sentiu medo durante o TP				
17. Sentiu medo durante o P				
18. Sentiu medo logo após o parto				
19. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP				
20. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P				
21. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o TP				
22. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o P				
23. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde logo após o parto				
24. Já falou da experiência de parto com o companheiro				
25. Sente-se melhor depois de falar sobre a experiência de parto				

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA