



TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA PROMOÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Fernanda Honnef*

Silvana Silveira**

Jacqueline Silveira de Quadros***

Tassiane Ferreira Langendorf****

Cristiane Cardoso de Paula*****

Stela Maris de Mello Padoin*****

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências acerca das tecnologias educacionais utilizadas durante a gestação com mulheres e acompanhantes para promoção de experiência de parto positiva. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, *Scopus* e *Web of Science* em outubro de 2022, em que foram localizadas 5.553 produções, das quais 32 foram incluídas no estudo para análise. **Resultados:** As tecnologias incluíram orientações educacionais, grupos de pré-natal, planos de parto, panfletos, livretos e orientações individualizadas que possibilitaram experiências positivas, como início do trabalho de parto espontâneo, controle no processo de parto, alívio da dor, redução de intervenções, participação ativa do acompanhante, partos assistidos em locais e por profissionais qualificados. **Conclusão:** As tecnologias são um fator promotor de experiências de parto positivas, pois apresentam repercussões favoráveis à aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor, redução da taxa de indução do parto, aumento do número de partos vaginais e ampliação da participação da mulher e seu acompanhante na tomada de decisões no processo de parto e no nascimento do bebê.

Palavras-chave: Tecnologia educacional. Cuidado pré-natal. Parto. Enfermagem. Revisão.

INTRODUÇÃO

Após duas décadas da publicação das boas práticas de atenção ao parto normal pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ressalta-se que um sistema de saúde qualificado é capaz de proporcionar intervenções ancoradas em evidências⁽¹⁾. Além disso, é possível perceber mudanças mundiais, e mais mulheres são assistidas em instituições. Porém, enquanto em alguns ambientes existem escassas e tardias intervenções, em outros existem demasiados e precipitados procedimentos⁽²⁾.

A qualidade insuficiente dos cuidados prestados no parto impede a obtenção dos resultados de saúde desejados⁽²⁾ e, no âmbito dos cuidados no pré-natal, há necessidade de superar a

ideia de que o quantitativo de consultas está relacionado com a qualidade do acompanhamento⁽³⁾. Um estudo analisou que, quando a atenção à gestante no pré-natal é compartilhada entre profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, evidencia-se 41% maior chance de adequação às orientações em comparação àquelas cuja atenção foi realizada exclusivamente por médicos⁽⁴⁾.

Entre as diferenças evidenciadas no estudo mencionado, ressalta-se o apoio ao pré-natal e a qualidade das orientações acerca do parto e de práticas obstétricas benéficas à saúde materna e neonatal, na tentativa de garantir a possibilidade do transcurso parturitivo positivo⁽⁴⁾. Entende-se por experiência positiva de parto aquela que supera as crenças e expectativas pessoais e

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade - GP_PEFAS. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: fernandah.honnef@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1866-1611>

**Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica na Universidade Franciscana. Membro do GP_PEFAS. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: silvanajuh@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-0862>

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: jacqueline_quadros@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2443-9440>

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Membro do GP_PEFAS. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: tassiane.langendorf@ufsm.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5902-7449>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Líder do GP_PEFAS. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cristiane.paula@ufsm.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-5161>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Membro do GP_PEFAS. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: stela.padoin@ufsm.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3272-054X>

socioculturais anteriores da mulher e inclui o nascimento de um bebê saudável em um ambiente seguro do ponto de vista clínico e psicológico, o que requer o apoio de um acompanhante e de uma equipe tecnicamente competente. Ainda, significa respeitar a fisiologia do trabalho de parto e do parto para que a mulher tenha um senso de realização pessoal e controle por meio do envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas⁽²⁾.

Nessa perspectiva, tem-se as tecnologias educacionais (TEs), que são um recurso técnico usado no processo de ensino-aprendizagem. Na prática clínica, tornam-se um instrumento de educação em saúde para promover a autonomia das pessoas, com a indicação de práticas de cuidado que respeitem a fisiologia do parto e do nascimento⁽³⁾. Isso resulta no desenvolvimento de atitudes crítico-reflexivas das gestantes, com ações educacionais desde o pré-natal, como grupos de apoio ao parto⁽⁶⁾, tendo em vista minimizar o despreparo de mulheres para o processo parturitivo⁽⁷⁾ e promover a qualidade de vida aos usuários⁽⁸⁾.

Este artigo apresenta como objeto de estudo as TEs e suas repercussões para a assistência ao processo de parto e nascimento, e visa sumarizar as evidências acerca deste tema e identificar os tipos de tecnologias e impactos. Assim, tem-se como objetivo identificar as evidências acerca das tecnologias educacionais utilizadas durante a gestação com mulheres e acompanhantes para a promoção de uma experiência de parto positiva.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que consiste em reunir sistematicamente evidências do conhecimento científico acerca de um determinado tema ou questão, provendo contribuições para o aprofundamento do conhecimento do assunto investigado⁽⁹⁾. O estudo percorreu cinco etapas, das quais a primeira consistiu na formulação da pergunta por meio do acrônimo PICO: P = População: mulheres gestantes ou em processo de parturição e seus acompanhantes; I = Interesse: tecnologias educacionais; Co = Contexto: experiência de parto positiva. Assim, a questão de revisão foi: Quais as evidências científicas

disponíveis acerca das tecnologias educacionais desenvolvidas para mulheres gestantes e seus acompanhantes para promover uma experiência de parto positiva?

A etapa 2 correspondeu à estratégia de busca e coleta de dados. Nessa etapa, foram definidos critérios de elegibilidade quanto à população: estudos com gestantes, parturientes, puérperas e/ou acompanhantes; não houve limitador para o tipo a tecnologia; o contexto da experiência de parto positiva foi considerado independentemente do tipo de parto; artigos primários publicados desde as diretrizes das Boas Práticas⁽¹⁾ (de 1996 até 2022) nos idiomas português, inglês ou espanhol foram incluídos. Foram excluídos estudos que não avaliaram a repercussão do uso da tecnologia e o desfecho de experiência de parto positiva.

Ainda, a estratégia de busca foi definida com base nos componentes PICO e testada nas bases de dados com os devidos ajustes, sendo incluídos os termos combinados por meio dos operadores booleanos (AND e OR) em bases de dados que contemplam estudos da área da saúde. Na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a estratégia de busca foi: “Parto”, “Nascimento”, “Parturição”, “Parto Humanizado”, “Humanização de Assistência ao Parto”, “Parto Natural”, “Parto Normal” AND “Tecnologia Educacional”, “Educação em Saúde”, “Tecnologia”, “Jogos e Brinquedos”, “Plano de parto”, “Materiais de ensino”, “Cartilhas”, “Recursos Audiovisuais” AND “Saúde materna”, “Acompanhantes Formais em Exames Físicos”, “Parteira”, “Gestantes” e “Parturientes”. Nas bases SCOPUS (SciVerso scopus) e Web of Science, foram combinadas os *MeSH terms* e sinônimos: “*medical chaperones*”, “*maternal health*”, “*pregnant women*”, “*educational technology*”, “*technology*”, “*birth plan*”, “*teaching materials*”, “*audiovisual aids*”, “*childbirth preparation*”, “*parturition*”, “*births*”, “*childbirth*”, “*humanized birth*”, “*natural childbirth*”.

A busca foi realizada em cada base de dados em outubro de 2022, totalizando 5.553 documentos que foram exportados para o gerenciador de referências Mendeley, onde foram verificados os documentos duplicados (132) e

títulos e resumos foram analisados. Os 32 artigos selecionados foram exportados para o programa Excel para análise e extração das informações (Figura 1). Para minimizar possíveis vieses, a seleção foi realizada por dois revisores de forma independente e, posteriormente, os resultados foram comparados. Em casos de divergências no processo, um terceiro revisor foi acionado para que se chegasse em um consenso na seleção.

Na terceira etapa, foi realizada a avaliação dos estudos incluídos. Para a extração das evidências, empregou-se uma ficha documental para a caracterização dos estudos contendo as seguintes as variáveis: autores e ano da publicação, objetivo

do estudo, tecnologias educacionais identificadas, público-alvo e os fatores que promovem experiências de parto positivas.

Na etapa 4, a avaliação crítica dos artigos⁽¹⁰⁾ ocorreu a partir da classificação dos níveis de evidências propostos por Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹¹⁾. Para classificar o estudo recuperado, inicia-se pela identificação do tipo de questão de pesquisa, que poderá ser: tratamento/intervenção e diagnóstico; prognóstico ou etiologia na área da saúde; significado ou experiência da doença. Depois, situa-se o estudo na pirâmide dependendo do nível de evidência científica⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

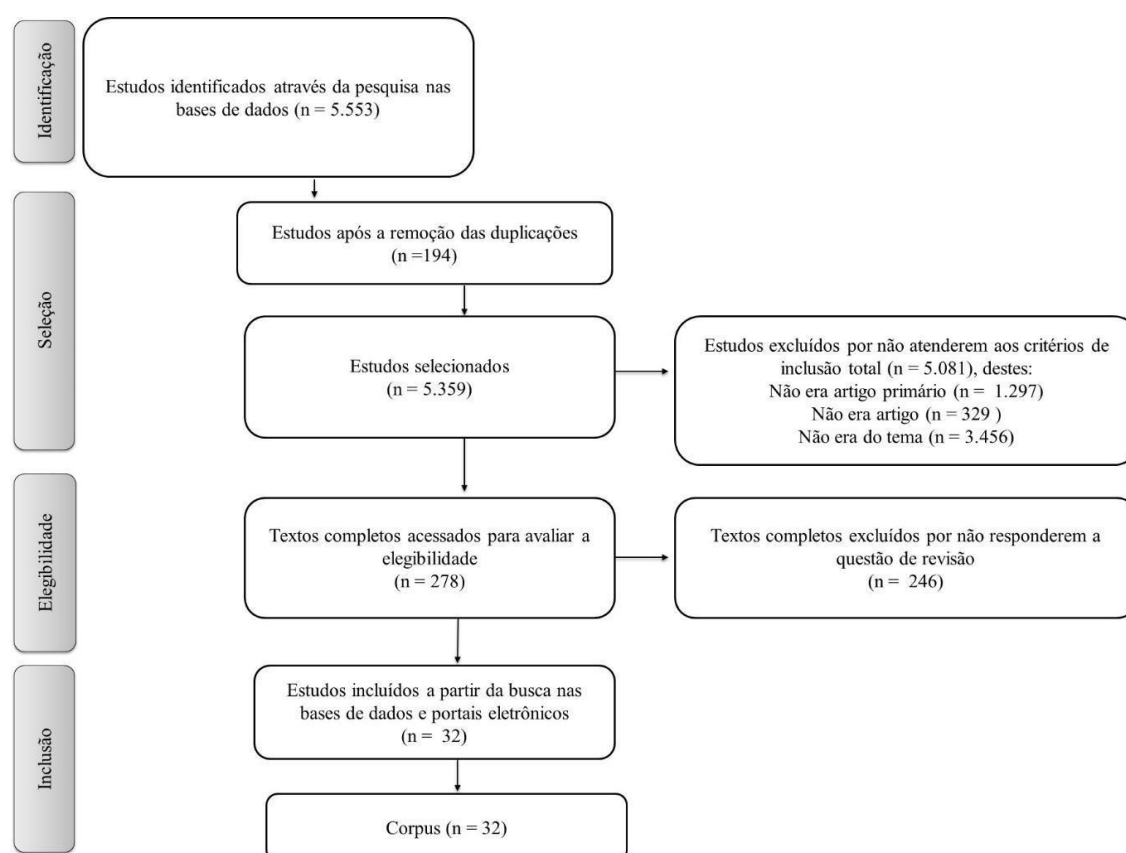


Figura 1. Fluxograma de seleção das publicações para revisão integrativa, 2022.

Finalmente, a etapa 5 consistiu na análise e síntese das evidências⁽¹⁰⁾, em que foi realizada a descrição dos resultados de cada estudo acerca da temática de interesse, das conclusões e limitações encontradas.

RESULTADOS

Foram encontrados 32 estudos,

majoritariamente quantitativos (n = 21). Para análise do nível de evidência (NE), foram destacadas nos artigos originais as questões de pesquisa e identificadas quanto às categorias de intervenção/tratamento (I), prognóstico (P) e de significado (S), descritos no quadro 1. Os resultados indicam prevalência de estudos de intervenção/tratamento, os quais são considerados os melhores desenhos de pesquisa.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos no corpus da revisão integrativa, 2022.

Código/Ano	NE	Tecnologia Educacional	Abordagem/Tipo de Estudo/População
A1/ 2017 ⁽¹²⁾	2/S	Orientações educacionais verbais.	Qualitativo; Descritivo exploratório; N: 20; P: puérperas
A2/ 2010 ⁽¹³⁾	2/S	Processos educacionais nos domicílios.	Qualitativo; Descritivo exploratório; N: 9; P: gestantes, parturientes e puérperas
A3/ 2019 ⁽¹⁴⁾	6/I	Orientações e informações sobre métodos não farmacológicos.	Quantitativo; Transversal; N: 586; P: puérperas
A4/ 2019 ⁽¹⁵⁾	2/S	Plano de parto; Informações verbais durante o TP e parto.	Qualitativo; Descritivo; N: 249; P: gestantes e puérperas
A5/ 2017 ⁽¹⁶⁾	2/S	Aulas pré-natal. Histórias de trabalho de parto.	Qualitativo; Exploratório; N:17; P: mulheres gestantes e puérperas
A6/ 2010 ⁽¹⁷⁾	2/I	GC: Panfleto; GI1: livreto + áudio; GI2: livreto.	Quantitativo; ECR; GC: 201; GI1 e GI2: 395; N: 596 P: gestantes
A7/ 2017 ⁽¹⁸⁾	2/I	GI: Curso de curta duração, intensivo de 2,5 dias.	Quantitativo; ECR; GI:15; GC:14; N: 29; P: gestantes
A8/ 2013 ⁽¹⁹⁾	3/I	GI: Plano de parto.	Quantitativo; Ensaio randomizado de cluster; GI:404; GC: 501; N: 905; P: gestantes e puérperas
A9/ 2015 ⁽²⁰⁾	3/I	GI: Manual de saúde materno-infantil; GC: cartões.	Quantitativo; Ensaio controlado; GI: 320 GC: 320 P: mulheres que pariram 1 ano antes
A10/ 2010 ⁽²¹⁾	2/I	Plano de parto.	Quantitativo; ECR; GI: 155; GC: 141; P: gestantes e puérperas
A11/ 2018 ⁽²²⁾	6/I	Programa de preparação para o parto.	Qualitativo; Pesquisa-ação; N: 36; P: primigestas
A12/ 2017 ⁽²³⁾	4/I	Grupo de pré-natal.	Quantitativo; Coorte; N: 183; P: gestantes e puérperas
A13/ 2007 ⁽²⁴⁾	2/S	Programa de plano de parto.	Qualitativo; Exploratório; N: 9; P: gestantes e puérperas
A14/ 2017 ⁽²⁵⁾	4/I	Plano de parto.	Quantitativo; Coorte; N: 81; P: gestantes e puérperas
A15/ 2019 ⁽²⁶⁾	2/I	GI: Curso de preparação para o parto; GC: Atendimento padrão.	Quantitativo; ECR; GI:64; GC:64; N: 128; P: gestantes/ puérperas
A16/ 2013 ⁽²⁷⁾	4/I	Aconselhamento individualizado.	Quantitativo; Coorte; N: 294; P: gestantes
A17/ 2019 ⁽²⁸⁾	4/I	Mensagens de texto.	Quantitativo; Ensaio aleatorizado por conglomerados; N: 157; P: mulheres
A18/ 2019 ⁽²⁹⁾	2/I	GI: Programa educacional; GI2: Livro; GC: Acompanhamento de rotina.	Quantitativo; ECR; N:137; P: primigestas
A19/ 2017 ⁽³⁰⁾	2/I	GC: Programa educacional de parto planejado.	Quantitativo; ECR; GC: 60; GI: 49; P: primigesta
A20/ 2017 ⁽³¹⁾	2/I	Envio de SMS para participantes em diferentes estágios de sua gravidez.	Quantitativo; Estudo experimental ECR; GI: 260; GC: 248; P: gestante
A21/ 2020 ⁽³²⁾	2/S	Extensão interdisciplinar em grupo.	Qualitativo; Exploratório descritivo; N: 96; P: gestantes
A22/ 2021 ⁽³³⁾	2/P	Plano de parto.	Quantitativo; Caso controle; GI: 178; GC: 279; P: mulheres
A23/ 2020 ⁽³⁴⁾	3/I	GI: Sessões de preparação para o parto com acompanhante.	Quantitativo; Quase-experimental; GI: 35; GC: 35; P: primigestas e acompanhantes
A24/ 2020 ⁽³⁵⁾	2/I	Mensagens curtas de texto via celular.	Quantitativo; Ensaio Randomizado por Conglomerados; GI1: 73; GI2: 62; GC: 51; P: acompanhantes
A25/ 2022 ⁽³⁶⁾	2/S	Plano de parto.	Qualitativo; Estudo fenomenológico; N: 7; P: Gestantes
A26/ 2022 ⁽³⁷⁾	2/I	Plano de parto.	Quantitativo; Ensaio clínico randomizado e controlado por conglomerado; N: 461; GI: 214; GC: 247; P: mulheres
A27/ 2021 ⁽³⁸⁾	4/P	Plano de parto.	Quantitativo; Descritivo; N: 422; P: gestantes
A28/ 2021 ⁽³⁹⁾	2/I	Cartilha “Preparando-se para acompanhar o parto: o que é importante saber?”	Quantitativo; ECR; GI: 35; GC: 38; P: acompanhantes
A29/ 2019 ⁽⁴⁰⁾	6/I	Orientações no pré-natal para gestantes e acompanhantes.	Quantitativo; Transversal; N: 3.500; P: puérperas
A38/ 2020 ⁽⁴¹⁾	2/I	GI1: Cartilha educacional; GI2: Software educacional.	Quantitativo; ECR; N: 153; GI1:50; GI2: 51; GC: 52; P: gestantes
A39/ 2021 ⁽⁴²⁾	6/I	Sentidos do Nascer: hologramas, vídeos, interpretação de papéis e outras técnicas interativas.	Métodos mistos; Descritivo; N: 555; P: gestantes
A40/ 2021 ⁽⁴³⁾	6/I	Aulas de preparação para o parto.	Quantitativo; Descritivo; GI: 100; GC: 100; P: gestantes

Legenda: TP: Trabalho de parto; ECR: Ensaio Clínico Randomizado; N: Número de participantes; P: População; GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Evidenciou-se que as TEs apresentam resultados obstétricos positivos, como parto

vaginal, início do trabalho de parto espontâneo, controle no processo de parto, alívio da dor,

percepção da redução do trabalho de parto, redução de intervenções, participação ativa do acompanhante, partos assistidos em locais e por profissionais qualificados e mais atenção aos cuidados pós-parto. A revisão integrativa identificou quatro tipos de TEs: cursos/aulas de preparação para o parto^(16,18,22,23,26,29,30,34;42-43); materiais didáticos^(17,20,26,28,31,35;39;41); plano de parto^(15,19,21,24,25;36-38); e orientações educacionais verbais e individualizadas^(12-15,27;40).

DISCUSSÃO

É importante salientar que os quatro tipos de TEs identificados na literatura estão inseridos nas recomendações da OMS relacionadas às boas práticas de atenção ao parto⁽¹⁾. Além disso, 2017 foi o ano que apresentou o maior número de artigos publicados, 11 anos após o lançamento de tais recomendações.

As TEs com maior número de estudos foram os cursos, aulas e programas de preparação para o parto^(16,18,22,23,26,29,30,34). As experiências prévias das gestantes mostraram-se importantes, pois consistiam em exercícios respiratórios, familiarização com os aspectos físicos e cognitivos do trabalho de parto e desenvolvimento de plano de parto, estimulando a ação de escolha⁽¹⁶⁾.

Os grupos de gestantes e casais durante a gestação propiciaram o esclarecimento de dúvidas, apresentando repercussões no sentimento de segurança durante o parto e expandindo a visão das mulheres e seus acompanhantes sobre o processo⁽³²⁾. Alguns estudos utilizaram grupos educacionais durante o pré-natal para avaliar a autoeficácia no parto. Em um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) nos EUA, foram abordados itens relacionados ao medo e à dor, evidenciando aumento dos partos vaginais espontâneos e da consciência corporal⁽¹⁸⁾. Em estudo desenvolvido na Nova Zelândia, ações educacionais voltadas a primigestas aumentaram a expectativa de autoeficácia no parto⁽²⁹⁾.

Quando os grupos educacionais são associados a recursos audiovisuais, é evidenciado aumento nos partos espontâneos, redução das complicações e sensação de controle sobre o processo do parturitivo⁽²²⁾. O programa educacional de parto planejado (PCEP) forneceu informações e preparou mulheres grávidas para o

processo parturitivo. Aplicado três vezes, o programa se mostrou eficaz para redução da ansiedade específica da gravidez, bem como aumentou a taxa de partos vaginais. Ainda, reduziu as taxas de indução e de tempo prolongado, aumentou o número de recém-nascidos a termo e aumentou o peso ao nascer em 12% do grupo intervenção⁽³⁰⁾.

Um programa educacional desenvolvido em Malawi para primigestas e seus acompanhantes no final da gravidez resultou na redução do medo do parto assim como aumentou o apoio social do acompanhante⁽³⁴⁾. No Irã, as aulas de preparação para primigestas acerca do parto possibilitam maior autoeficácia no parto e reduzem os anseios na gestação⁽⁴³⁾. Um estudo realizado em Gana, utilizando a tecnologia educacional de grupo de pré-natal com tópicos como autocuidado e prevenção de problemas e sinais de perigo durante a gravidez, parto e puerpério evidenciou maior probabilidade de tomada de providências antecipadas ao identificar os sinais de perigo⁽²³⁾.

Estudo brasileiro buscou avaliar as Práticas Baseadas em Evidências (PBE) no parto de gestantes que participaram de intervenções educacionais para estimular as PBE e reduzir cesarianas desnecessárias. A intervenção promoveu práticas como o plano de parto, a presença de acompanhante durante o parto, o cuidado da parteira, a liberdade de locomoção durante o trabalho de parto, a escolha da posição do parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor. Tais intervenções repercutiram na sensação de controle sobre seus corpos e na percepção de autoeficácia para defender suas práticas escolhidas⁽⁴²⁾.

Outras tecnologias identificadas foram materiais didáticos, como manuais, panfletos, livretos e envio de mensagens de texto^(17,20,26,28,31,35). O ECR realizado na Austrália comparou o uso de panfleto/livreto e livreto/texto em áudio, contendo informações sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, evidenciando que aproximadamente metade de todas as mulheres que participaram do estudo tiveram um trabalho de parto espontâneo. A maioria teve um parto vaginal e, entre delas, 20% tiveram uso de instrumento. Ainda, o estudo mostrou que os métodos não farmacológicos foram utilizados com mais frequência⁽¹⁷⁾.

Em um estudo na zona rural de Camboja, utilizando o manual da saúde materna e infantil (no grupo de intervenção) juntamente com cartões de registro domiciliares, evidenciou-se aumento de conhecimento sobre sinais de perigo durante o parto e do número de partos ocorridos em unidades de saúde e atendidos pelos profissionais⁽²⁰⁾. Ainda, um estudo acerca de uma TE para orientação de acompanhantes de mulheres em trabalho de parto evidenciou que essa tecnologia promoveu mais ações de apoio físico e emocional às mulheres durante o trabalho de parto e parto⁽³⁹⁾.

Na Jordânia, as TE tiveram resultados positivos ao serem utilizadas durante o pré-natal com duração de três semanas. As sessões aliaram informações dos panfletos a gravações de vídeo, que foram divulgados por meio de um aplicativo móvel (WhatsApp). Como efeito, esse estudo evidenciou que a proporção de início espontâneo do trabalho de parto foi maior, e houve uma diferença significativa na dilatação média do colo do útero em centímetros na admissão entre o grupo controle e o grupo intervenção⁽²⁶⁾.

O envio de mensagens curtas de texto (SMS) a respeito dos sinais de perigo obstétrico, imunização e tratamento preventivo intermitente da malária na gravidez ajudaram na preparação do parto. Em 99% dos casos, influenciou na escolha do Centro de Parto Normal (CPN)⁽³¹⁾. Os benefícios das SMS também se relacionaram a desfechos positivos ao proporcionar conhecimento prévio às mulheres sobre as intervenções e com isso prepará-las, tendo efeito protetor às intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto⁽²⁸⁾. Além disso, essa tecnologia promoveu participação dos parceiros nas consultas de pré-natal, observando-se sua maior presença no momento do parto como acompanhante⁽³⁵⁾.

Estudo que realizou a comparação entre o uso de uma cartilha educacional, de um *software* educacional e das orientações habituais durante o pré-natal evidenciou a efetividade da cartilha educacional e do *software* para a redução da ansiedade do trabalho de parto. Ainda, no grupo que utilizou o *software* educacional, a ansiedade foi significativamente menor⁽⁴¹⁾.

Quanto ao plano de parto^(15,19,21,24,25) na percepção das mulheres, houve a promoção da assistência respeitosa que convergia com suas

escolhas, pois recebiam informação sobre os procedimentos⁽¹⁵⁾. As informações acerca da alimentação e da presença do acompanhante repercutiram no sentimento de segurança e acolhimento^(15,34) e sua participação ativa⁽¹²⁾, possibilitando a redução significativa do medo e aumento da autoeficácia⁽³⁴⁾. O plano de parto qualifica e melhora a comunicação entre os atores presentes nesse cenário e melhora a experiência de nascimento. Isso auxiliou em um maior grau o controle do parto, relacionando-o à sensação de relaxamento, de segurança, de controle da ansiedade, de sucesso, de vitória, de consciência do que estava acontecendo⁽²¹⁾, maior uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor⁽³⁸⁾ e aleitamento materno precoce⁽³⁷⁾. Como houve o uso de práticas obstétricas menos invasivas⁽²⁵⁾, o parto por via vaginal foi estimulado^(15,24,25).

As mulheres expressaram indiferença quanto à realização da episiotomia no plano de parto, porém a maioria não foi submetida a tal procedimento⁽²⁴⁾. Quando orientações verbais acerca da episiotomia são associadas ao uso de ocitocina, a promoção de escolha da mulher é assegurada, e um parto sem intervenção é realizado⁽¹⁵⁾.

As orientações verbais são um papel de destaque para a enfermagem como responsável pela educação em saúde, incluindo as informações para o acompanhante quando se apresenta a importância de sua presença no processo de nascimento⁽¹²⁾, bem como na promoção de relaxamento e controle da dor com a oferta e uso dos métodos não farmacológicos. Tais ações auxiliaram na participação ativa das mulheres, o que gerou sensação de autonomia e capacidade de prosseguir com o parto, além de ter auxiliado na garantia de que seus desejos fossem respeitados⁽¹⁵⁾.

Para além de experiências positivas no parto, os desfechos no pós-parto foram avaliados em um estudo quantitativo realizado no Havaí em relação ao plano de parto. O estudo evidenciou que apenas 6% das puérperas apresentaram hemorragia pós-parto e 1% das mulheres do estudo foram submetidas à curetagem⁽²⁵⁾.

Na Tanzânia, 31% das mulheres buscam atendimento nas primeiras 48 horas pós-parto, e apenas 50% das mulheres dão à luz assistidas por profissionais capacitados. A efetividade do plano de parto foi avaliada por meio de um ECR. Nesse

estudo, foram avaliadas 905 mulheres com 24 semanas de gestação ou mais até o primeiro mês pós-parto. Evidenciou-se que mais mulheres no grupo de intervenção realizaram plano de parto, compareceram aos cuidados nas primeiras 48h e procuraram atendimento puerperal dentro de uma semana, enquanto, no grupo controle, o atraso foi de aproximadamente três semanas. Ainda, o estudo mostrou que as mulheres do grupo de intervenção eram mais propensas a parirem em unidades de assistência especializada⁽¹⁹⁾.

O plano de parto para 74% de um grupo estudado possibilitou que as gestantes conhecessem ao menos um sinal de perigo. Constatou-se que o aconselhamento individualizado sobre riscos obstétricos contribuiu para que 71% das gestantes consideradas de alto risco alterassem seus planos de parto e dessem à luz no hospital, assistidas⁽²⁷⁾. Planos de parto também foram relacionados a um menor número de intervenções, um processo de parto mais natural e melhores resultados para mães e recém-nascidos⁽³³⁾.

Desta forma, observa-se que as estratégias utilizadas em diferentes contextos de atenção obstétrica têm potencial para informar as mulheres, promover experiências positivas e um trabalho de parto e parto fundamentados nas boas práticas de atenção. As tecnologias educacionais que tiveram prevalência significativa nos estudos primários foram as orientações educacionais verbais e o aconselhamento individualizado oferecido às mulheres no período gestacional ou durante o trabalho de parto, nos domicílios, hospitais, casa de parto e em outros serviços de saúde^(12-15,27). Ademais, as orientações verbais contribuíram para o protagonismo da mulher no processo de nascimento⁽¹²⁻¹⁵⁾.

As mulheres que receberam orientações no pré-natal com a presença do acompanhante tiveram maior liberdade de posição para o parto⁽⁴⁰⁾ e maior frequência de amamentação na primeira hora após o nascimento, o que mostra a importância da presença do acompanhante desde o pré-natal.

Estudos qualitativos brasileiros evidenciaram as potencialidades da enfermagem para promoção

de experiências positivas no parto, uma vez que as enfermeiras obstétricas respeitaram a vontade das mulheres e o tempo de o bebê nascer⁽¹²⁾. Tais experiências são evidenciadas no momento do trabalho de parto e parto quando orientações verbais estimulam o uso de algum método não farmacológico de alívio da dor⁽¹⁴⁾. As orientações verbais acerca dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor repercutem nas percepções das mulheres da redução do tempo do trabalho de parto e conforto⁽¹²⁾. Esses métodos também foram escolhidos para dilatação mais rápida, trabalho de parto e nascimento mais rápido e relaxamento⁽¹⁴⁾.

Em cenários com elevadas taxas de mortes materna e partos em casa pela falta de recursos assistenciais e de profissionais qualificados, as orientações individualizadas durante o pré-natal para mulheres com riscos obstétricos influenciaram na decisão de procurar o serviço de saúde no momento do parto⁽²⁷⁾.

Este estudo tem como limitação a complexidade de analisar artigos com diferentes abordagens metodológicas em diferentes contextos de atenção ao parto, que sinalizam para singularidades do processo parturitivo e suas relações social e política em cada local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar as implicações para enfermagem, entendemos que as tecnologias educacionais predominantes nos estudos, sobretudo os internacionais, configuram-se como um fator promotor de experiências de parto positivas, uma vez que evidenciam repercussões favoráveis para a aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor, redução da taxa de indução do parto, aumento do número de partos vaginais e ampliação da participação da mulher e do seu acompanhante na tomada de decisões e no processo de parto e nascimento. Diante disso, há necessidade de maiores investimentos em pesquisa e avaliação da utilização de diferentes tecnologias educacionais no pré-natal e período parturitivo, bem como a inserção de equipes interdisciplinares com atuação na educação em saúde.

EDUCATIONAL TECHNOLOGIES FOR THE PROMOTION OF POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCES: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Objective: To identify the evidence about educational technologies used during pregnancy with women and companions to promote positive childbirth experiences. **Methods:** This is an integrative review conducted in LILACS, Scopus and Web of Science electronic databases in October 2022, where 5,553 productions were found, of which 32 were included in the study for analysis. **Results:** The technologies included educational guidance, prenatal support groups, birth plans, pamphlets, booklets, and individualized guidance that enabled positive experiences, such as spontaneous onset of labor, control in the childbirth process, pain relief, reduction of interventions, active participation of the companion, and births assisted in appropriate places and by skilled professionals. **Conclusion:** The technologies promote positive childbirth experiences, as they present favorable repercussions on the application of non-pharmacological pain relief methods, lower rates of labor induction, higher number of vaginal births, and greater participation of the woman and her companion in decision-making during labor and delivery.

Keywords: Educational technology. Prenatal care. Childbirth. Nursing. Review.

TECNOLOGÍAS EDUCATIVAS PARA PROMOVER LA EXPERIENCIA POSITIVA DEL PARTO: REVISIÓN INTEGRADORA

RESUMEN

Objetivo: identificar las evidencias acerca de las tecnologías educativas utilizadas durante la gestación con mujeres y acompañantes para la promoción de experiencia de parto positiva. **Método:** se trata de una revisión integradora, realizada en las bases de datos electrónicas LILACS, Scopus y Web of Science en octubre de 2022, en las que fueron localizadas 5.553 producciones, de las cuales 32 fueron incluidas en el estudio para el análisis. **Resultados:** las tecnologías incluyeron orientaciones educativas, grupos de prenatal, planificaciones de parto, prospectos, folletos y orientaciones individualizadas que posibilitaron experiencias positivas, como inicio del trabajo de parto espontáneo, control en el proceso de parto, alivio del dolor, reducción de intervenciones, participación activa del acompañante, partos asistidos en locales y por profesionales calificados. **Conclusión:** las tecnologías son un factor promotor de experiencias de parto positivas, pues presentan repercusiones favorables a la aplicación de métodos no farmacológicos para alivio del dolor, reducción de la tasa de inducción del parto, aumento del número de partos vaginales y ampliación de la participación de la mujer y su acompañante en la toma de decisiones en el proceso de parto y en el nacimiento del bebé.

Palabras clave: Tecnología educacional. Atención prenatal. Parto. Enfermería. Revisión.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família [Internet]. Genebra; 1996 [acesso em 28 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/42116270/maternidade-segura-aben-fo-nacional>
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 28 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
3. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama, SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. Revista de Saúde Pública. 2020; 54(8). DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
4. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in primary health care. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2021; 25(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
5. Leal MS, Moreira RCR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. Rev bras enferm. 2021; 74(Suppl 4):e20190743. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
6. Ferreira GI, Bussadori JCC, Guilhem DB, Fabbro MRC. Participation of women in support groups: contributions to the experience of childbirth. Cienc Cuid Saude. 2018; 17(4): e45138. DOI:10.4025/ciencucuidsaude.v17i4.45138
7. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Prenatal care: preparation for

childbirth in primary health care in the south of Brazil. Rev gaúcha enferm. 2017; 38(3): e2016-0063. DOI:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>

8. Teixeira E, Martins TDR, Miranda PO, Cabral BG, Silva BAC, Rodrigues LSS. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. Rev. baiana enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 28 abr 2021]; 30(2):1-10. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15358/pdf_53

9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53. DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/pdf

10. Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. (Org). Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. 1ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

11. Melnyk BM, Finout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Crit Care Nurse. 2014;34(3):174-178.

12. Soares YKC, Melo SSS, Guimarães TMM, Feitosa VC, Gouveia MTO. Satisfaction of puerperal women attended in a normal birth center. Rev enferm UFPE on line. 2017; 11(Supl. 11):4563-73. DOI: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201704

13. Darós DZ, Hess PT, Sulzbach P, Zampieri MFM, Daniel HS. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias. Rev eletrônica enferm. 2010;12(2): 308-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.10355>.

14. Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves AC. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um

hospital universitário no Brasil. *Av enferm.* 2019; 37(1): 47-55. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

15. Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN, Souza KV, Pena ED. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(6): e00143718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718>

16. Klomp T, Witteveen AB, Jonge A, Hutton EK, Janssen ALML. A qualitative interview study into experiences of management of labor pain among women in midwife-led care in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2017; 38(2): 94-102. DOI: <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1291623>

17. Raynes-Greenow CH, Nassar N, Torvaldsen S, Trevena L, Roberts CL. Research article Assisting informed decision making for labour analgesia: a randomised controlled trial of a decision aid for labour analgesia versus a pamphlet. *BMC pregnancy childbirth.* 2010; 10:15. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-15>

18. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC pregnancy childbirth.* 2017; 17(140):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>

19. Magoma M, Requejo J, Campbell O, Cousens S, Meriadi M, Filippi V. The effective ness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomized trial. *Tropical Medicine and International Health.* 2013; 18(4):435-43. DOI: <https://doi.org/10.1111/tmi.12069>

20. Yanagisawa S, Soyano A, Igarashi H, Ura M, Nakamura Y. Effect of a maternal and child health handbook on maternal knowledge and behaviour: a community-based controlled trial in rural Cambodia. *Health policy plan.* 2015; 30(9):1184-92. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu133>

21. Su-Chen K, Kuan-Chia L, Chi-Ho H, Cherng-Chia Y, Min-Yu C, Chien-Ming T, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *Nurs Stud [Internet].* 2010 [acesso em 28 jan 2021]; 47(7): 806-14. Disponível em: <http://irlib.ntunhs.edu.tw/bitstream/987654321/4959/2/1-s2.0-S002074890900368X-main.pdf>

22. Khresheh R, Almalik M, Owies A, Barclay L. Implementation of a childbirth preparation program in the maternal and child health centres in Jordan. *Midwifery.* 2018; 61:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.010>

23. Lori RJ, Ofosu-Darkwah H, Boyd CJ, Banerjee T, Adanu RMK. Improving health literacy through group antenatal care: a prospective cohort study. *BMC pregnancy childbirth.* 2017;17(228): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1414-5>

24. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, García SG. Introducing Birth Plans in Mexico: An Exploratory Study in a Hospital Serving Low-Income Mexicans. *Birth.* 2007; 34(1):42-48. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00124.x>

25. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B. Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Hawaii J Med Public Health [Internet].* 2017 [acesso em 30 jan 2021]; 76(11): 305-9. Disponível em: https://hawaiijournalhealth.org/past_issues/hjmph7611_0305.pdf

26. Hatamleh R, AbuJilban S, AbuAbed ASAM, Abuhammad S. The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery.* 2019; 72:23-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.002>

27. Ballard K, Gari L, Mosisa H, Wright J. Provision of

individualised obstetric risk advice to increase health facility usage by women at risk of a complicated delivery: a cohort study of women in the rural highlands of West Ethiopia. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2013; 120(8): 971-72. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12190>

28. Franzon ACA, Oliveira-Ciabati L, Bonifácio LP, Vieira EM, Andrade MS, Sanchez JAC, et al. Estratégia de comunicação e informação em saúde e a percepção de sentir-se preparada para o parto: ensaio aleatorizado por conglomerados (PRENACEL). *Cad. saúde pública.* 2019; 35(10): DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111218>

29. Howarth AM, Swain NR. Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery.* 2019; 70: 100-105. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.017>

30. Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nair KS. Effectiveness of Childbirth Education on Nulliparous Women's Knowledge of Childbirth Preparation, Pregnancy Anxiety and Pregnancy Outcomes. *Nurs Midwifery Stud.* 2017; 6(1):e32526. DOI: <https://doi.org/10.5812/nmsjournal.32526>

31. Omole O, Ijadunola MY, Olotu E, Omotoso O, Bello B, Awoniran O, et al. The effect of mobile phone short message service on maternal health in south-west Nigeria. *The International Journal of Health Planning and Management.* 2017; 33(1). DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.2404>

32. Lima MM, Dutra S, Estácio JR, Costa R, Roque ATF, Maia C do C. Contribuições de um grupo de gestantes e casais grávidos para seus participantes. *Cogitare enferm.* 2020;25. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66280>

33. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Jiménez-Ruz A, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes in southern Spain: A case-control study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021;18(456);1-8. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020456>

34. Munkhondya, BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC pregnancy childbirth.* 2020; 20 (1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2717-5>

35. Bonifacio LP, Franzon ACA, Zaratini FS, Vicentine FB, Barbosa-Jr F, Braga GC, et al. PRENACEL partner use of short message service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster randomized trial. *Reprod health.* 2020; 17(1):45. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0859-6>

36. Alba-Rodríguez R, Coronado-Carvajal MP, Hidalgo-Lopezosa P. The Birth Plan Experience: A Pilot Qualitative Study in Southern Spain. *Healthcare.* 2022;10(1): 95; DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10010095>

37. López-Gimeno E, Seguranyes G, Vicente-Hernández M, Cubero LB, Garreta GV, Falguera-Puig G. Effectiveness of birth plan counselling based on shared decision making: A cluster randomized controlled trial (APLANT). *PLoS ONE.* 2022; 17(1):9. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274240>

38. López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Vicente-Hernández MM, Angele M, Garreta GV, Seguranyes G. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(274). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03739-z>

39. Silva LR, Vasconcelos CTM, Nicolau AIO, Teles LMR, Ribeiro GL, Damasceno AKC. The effect of educational technology use to guide parturient women's companions: a randomized controlled study. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03666. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019022903666>

40. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovio CR, Wagner

KJP, Boing AF. From prenatal care to childbirth: a cross-sectional study on the influence of a companion on good obstetric practices in the Brazilian National Health System in Santa Catarina State, 2019. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2021; 30(1):e2020383; DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>

41. Abbasi, P., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. Comparison of the effect of educational software and booklet on anxiety and pain during labour: a randomised controlled clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2020;1(8). DOI: 10.1080/01443615.2020.1736017

42. Fernandes LMM, Lansky S, Passos HR, Bozlak CT, Shaw BA. Brazilian women's use of evidence-based practices in childbirth after participating in the Senses of Birth intervention: A mixed-methods study. *PLoS One.* 2021;16(4):e0248740. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248740>

43. Shirvani MA, Tayebi T. Importance of Childbirth Preparation Classes in Improving Childbirth Self-Efficacy and Reducing Worry in Primigravidas. *Perinatology.* 2021 [acesso em 11 nov 2022];22(1). Disponível em: <https://www.perinatology.in/importance-of-childbirth-preparation-classes-in-improving-childbirth-self-efficacy>

Endereço para correspondência: Stela Maris de Mello Padoin. Av Roraima, 1000. Bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. E-mail: stela.padoin@ufsm.br

Data de recebimento: 06/09/2022

Data de aprovação: 06/01/2023