



ORIGINALES

Conocimiento, actitud y práctica de gestantes antes y después de una intervención grupal

Conhecimento, atitude e prática de gestantes antes e após intervenção grupal

Knowledge, attitude, and practice of pregnant women before and after a group intervention

Gezebely de Oliveira Rodrigues¹

Deborah da Silva Jardimino¹

Nathanael de Souza Maciel¹

Diego da Silva Ferreira²

Anne Fayma Lopes Chaves¹

Camila Chaves da Costa¹

¹ Universidad de Integración Internacional de la Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção – Ceará – Brasil. gezebely@gmail.com

² Universidad Estadual de Ceará. Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.478911>

Recibido: 1/05/2021

Aceptado: 18/12/2021

RESUMEN:

Introducción: Dadas las dudas relevantes al período embarazo-puerperal y la importancia de la enfermera como educadora en salud, este estudio tuvo como **objetivo** evaluar el impacto de una intervención educativa grupal sobre el ciclo embarazo-puerperal en el conocimiento, actitud y práctica de mujeres embarazadas.

Método: Se realizó un estudio evaluativo del conocimiento, actitud y práctica con enfoque cuantitativo con 20 gestantes en 2019. Se utilizó un instrumento antes y después de la intervención educativa. Se realizaron nueve reuniones y se abordaron 10 temas sobre el período embarazo-puerperal. Los datos se analizaron con el software Jamovi.

Resultados: La edad media de las mujeres fue de 26,2 años. El 65% de los embarazos no fueron planificados. Hubo diferencia significativa en cuanto al conocimiento sobre los derechos de la gestante ($p = 0,023$) y la importancia de no dar agua ni té al bebé ($p = 0,041$). Hubo un cambio en la voluntad de dar a luz en una posición "acostada". También hubo una diferencia en el uso de condones después de la intervención ($p = 0,008$).

Conclusión: Los profesionales de la salud pueden utilizar grupos para promover el empoderamiento de las mujeres embarazadas y permitirles buscar atención médica de alta calidad.

Palabras clave: Enfermería; Enfermería Obstétrica; Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud; Educación para la Salud; Promoción de la Salud.

RESUMO:

Introdução: Diante das dúvidas pertinentes ao período gravídico-puerperal e conhecendo o papel do profissional enfermeiro como educador em saúde, o **objetivo** deste estudo foi avaliar o impacto de uma intervenção educativa grupal acerca do ciclo gravídico-puerperal no conhecimento, atitude e a prática de gestantes.

Método: Estudo avaliativo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática com abordagem quantitativa, realizado com 20 gestantes em 2019. Utilizou-se instrumento antes e após intervenção educativa grupal. Nove encontros foram realizados, sendo abordados 10 temas sobre o período gravídico-puerperal. Os dados foram analisados no *software* Jamovi®.

Resultados: A idade média das mulheres era 26,2 anos. O quantitativo de 65% das gestações não foi planejado. Verificou-se diferença significativa no que se refere ao conhecimento sobre os direitos das gestantes ($p=0,023$) e a não oferta de água e chás ao bebê ($p=0,041$). Houve mudança na disposição para parir deitada. Notou-se diferença no uso do preservativo após intervenção ($p=0,008$).

Conclusão: Profissionais de saúde podem utilizar-se de grupos para promover empoderamento de gestantes e capacitá-las para buscar qualidade na assistência à sua saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Educação em Saúde; Promoção da Saúde.

ABSTRACT:

Introduction: Given the doubts relevant to the pregnancy-puerperal period and the importance of the nurse as a health educator, this study **aimed** to evaluate the impact of a group educational intervention about the pregnancy-puerperal cycle on the knowledge, attitude, and practice of pregnant women.

Method: An evaluative study on the knowledge, attitude, and practice with a quantitative approach was carried out with 20 pregnant women in 2019. An instrument was used before and after the educational intervention. Nine meetings were held, and 10 themes were addressed about the pregnancy-puerperal period. The data were analyzed using the Jamovi software.

Results: The mean age of women was 26.2 years. An amount of 65% of pregnancies was not planned. There was a significant difference regarding the knowledge about the rights of pregnant women ($p=0.023$) and the importance of not giving water or tea to the baby ($p=0.041$). There was a change in the willingness to give birth in a 'lying down' position. There was also a difference in condom use after the intervention ($p=0.008$).

Conclusion: Health professionals can use groups to promote the empowerment of pregnant women and enable them to seek high quality health care.

Keywords: Nursing; Obstetric Nursing; Knowledge, Attitudes, and Practices in Health; Health Education; Health Promotion.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en salud durante el período embarazo-puerperal es un desafío global, ya que debe haber un seguimiento adecuado durante este período para obtener una atención integral a la mujer⁽¹⁾. Sin embargo, los considerables cambios que sufre la gestante, tanto corporales como físicos, en la mayoría de los casos, no se abordan durante la atención prenatal⁽²⁾.

La atención prenatal es fundamental para asegurar el desarrollo del embarazo, permitiendo un parto saludable sin impacto en la salud materna, incluyendo el abordaje de aspectos psicosociales y actividades educativas y preventivas⁽³⁾.

En este escenario, el abordaje grupal de la gestante surge como una estrategia para conocer su estado corporal y de salud y favorecer su autonomía durante el embarazo⁽⁴⁾. La participación de las mujeres y sus parejas en cursos para gestantes promueve el vínculo con los profesionales de la salud, posibilitando el intercambio de experiencias, la promoción del autocuidado, el intercambio de información, la

construcción colectiva del conocimiento y la armonía entre el conocimiento científico y el popular⁽⁵⁾.

Este proceso de aprendizaje compartido entre personas con condiciones similares fomenta el intercambio de experiencias y conocimientos, desarrolla el sentimiento de altruismo y permite la creación de vínculos y unión entre los participantes⁽⁶⁾. Además, puede promover conocimientos, actitudes y prácticas de salud adecuados.

Las enfermeras se destacan en la realización de la atención prenatal en los establecimientos de atención primaria de salud (APS), realizando actividades educativas para las mujeres y sus familias, de manera individual o colectiva, a través de grupos para embarazadas⁽³⁾. Además, la enfermera puede elaborar el plan de cuidados de enfermería en la consulta prenatal, estableciendo intervenciones, pautas y derivaciones a otros servicios⁽⁷⁾.

Este estudio se justifica por la necesidad de aclarar dudas relevantes al período embarazo-puerperal y por el hecho de que la enfermera es educadora en salud en la APS, trabajando como facilitadora de grupo que atiende a las usuarias, formando vínculos y promoviendo la valoración de la salud. Así, el objetivo del estudio fue evaluar el impacto de una intervención educativa grupal sobre el ciclo embarazo-puerperal en el conocimiento, actitud y práctica de mujeres embarazadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio evaluativo de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) con enfoque cuantitativo. La metodología CAP permite medir el conocimiento, la actitud y la práctica de una determinada población, conduciendo al diagnóstico de estos individuos, mostrando lo que las personas saben, sienten y se comportan sobre un tema predefinido⁽⁸⁾.

El estudio se realizó de febrero a noviembre de 2019 en el Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS) del municipio de Redenção, CE. La población correspondió a gestantes que asistieron en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) del municipio. La población estuvo conformada por 20 gestantes asistidas por la ESF y la CRAS. Se utilizó un muestreo de conveniencia no probabilístico y se consideró a toda la población, las 20 gestantes que asistieron a las instituciones mencionadas.

Los criterios de inclusión fueron participar en los grupos en los días establecidos por las CRAS y tener un número de teléfono fijo o celular que permitiera el contacto después del parto, en caso de ser necesario. El criterio de exclusión fue tener una discapacidad auditiva o visual u otra limitación que impidiera participar en la intervención educativa o contestar el formulario de evaluación. El criterio para discontinuar fue no asistir al menos a seis reuniones.

La intervención educativa consistió en talleres de educación para la salud realizados en el auditorio de la CRAS de Redenção, CE. Se abordaron diez temas: derechos de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; comprensión del embarazo; autoestima y sexualidad; la importancia de la atención prenatal; nutrición de embarazadas y actividad física; trabajo de parto y parto; violencia obstétrica; cuidar al recién nacido; amamantamiento; y puerperio.

Estudiantes y profesores de enfermería realizaron los talleres. Se utilizaron recursos audiovisuales, dinámicas de grupo, círculos de conversación, muñecos para simular la lactancia materna y cuidado del recién nacido, aplicación de juegos educativos, exploración de un álbum serial y carpeta didáctica sobre los temas mencionados anteriormente. Se llevaron a cabo nueve reuniones semanales con un promedio de 1 hora y 30 minutos. Cada grupo estaba formado por 10 mujeres.

En la primera reunión, las mujeres se inscribieron en los talleres, firmaron el formulario de consentimiento informado y respondieron el pre test. Las mujeres que respondieron al pre test conformaron la muestra de la intervención educativa. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento construido por los investigadores. Constaba de tres partes: datos sociodemográficos, datos sobre salud reproductiva y la encuesta CAP sobre el ciclo embarazo-puerperal. En la última reunión se realizó la aplicación del post test con todos los participantes.

Los datos recopilados se organizaron en Microsoft Office Excel 2016 y se analizaron con el software Jamovi® versión 1.6.15. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó la prueba de McNemar con corrección de continuidad para verificar la asociación entre variables categóricas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$.

El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la *Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira* a través de la *Plataforma Brasil* y aprobado con el número de protocolo 3.541.106.

RESULTADOS

Las mujeres tenían una edad media de 26,2 (DE: $\pm 7,7$) años, con una edad mínima de 14,2 y una edad máxima de 42,6. El ingreso familiar promedio fue de 471 (DE: 397) reales brasileños. La Tabla 1 presenta los datos sociodemográficos de las mujeres participantes.

Tabla 1 - Datos sociodemográficos de las embarazadas participantes.

Variable	N	%	IC 95%
Estado civil			
Soltera	5	25	11.2–46.9
Casada	14	70	48,1–85,5
Divorciada	1	5	0.8–23.6
Etnia o color			
Blanco	3	15	5.2–36.0
Negro	1	5	0.8–23.6
Parda	16	80	58,4–91,9
Realiza actividad pagada			
Sí	2	10	2.8–30.1
No	18	90	69,9–97,2
Con quien vives			
Compañero	2	10	2.8–30.1
Compañero e hijo	10	50	29,9–70,1
Parientes	4	20	8.1–41.6
Otros	4	20	8.1–41.6

Religión

Católico	13	65	43.3–81.9
Evangélico	5	25	11.2–46.9
Espiritista	2	10	2.8–30.1

Las mujeres tenían un peso promedio de 67,5 (DE: 15,5) kilogramos. La mediana de embarazos fue de 2, con un valor mínimo de 1 y un máximo de 8, y 1 parto, con un máximo de 7. El número promedio de abortos fue de 0.45 (DE: 1.15), con una mediana de 0 y un valor máximo de 5. La media de semanas de gestación fue de 23,8 (DE: 6,8) semanas, con una mediana de 4 consultas prenatales. Un porcentaje del 65% (n = 13; IC del 95% = 43,3 - 81,9) de los embarazos no se planificó y el 90% (n = 18; IC del 95% = 69,9 - 97,2) informó que se deseaba el embarazo.

La tabla 2 muestra los conocimientos de las gestantes antes y después de participar en la intervención educativa.

Tabla 2 - Conocimientos de gestantes antes y después de la intervención educativa.

Variables específicas	Antes		Después	
	S	N	S	N
¿Has oído hablar de los derechos de las mujeres embarazadas?	12	8	19	1
Compañero de parto	11	9	19	1
Derecho a elegir la posición para dar a luz	7	13	19	1
Cuidado prenatal	11	9	19	1
Parto humanizada y segura	11	9	19	1
Ingesta de líquidos o alimentos durante el trabajo de parto	4	16	16	4
¿Conoces los cambios que se producen durante el embarazo?	19	1	19	1
Acidez de estómago	17	3	19	1
Crecimiento de los senos	17	3	19	1
Náusea	13	7	19	1
Vómitos	13	7	18	2
Cambios hormonales	14	6	19	1
Somnolencia	15	5	18	2
¿El ejercicio ayuda a tener un embarazo saludable?	19	1	20	0
¿Qué alimentos se recomiendan durante el embarazo?				
Pescado	18	2	20	0
Leche	20	0	20	0
Pan de molde	2	18	0	20
Dulces	6	14	3	17
Carne poco cocida	1	19	0	20
Frutas y vegetales	19	1	20	0
Un profesional de la salud "empuja" el vientre de la embarazada para acelerar la expulsión del bebé. ¿Es ese un tipo de violencia obstétrica?	8	12	20	0
Lactancia materna				
Es importante amamantar durante la primera hora de vida del bebé	19	1	20	0
La lactancia materna se debe realizar exclusivamente hasta los 6 meses del bebé	20	0	20	0

Se debe realizar cada 3 horas	15	5	12	8
No se debe ofrecer agua o té al bebé	13	7	19	1
La primera visita posparto debe realizarse entre 7 y 10 días	5	15	11	9

Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en cuanto al conocimiento sobre los derechos de la gestante ($p = 0.023$): derecho a tener un acompañante durante el parto ($p = 0.013$); derecho a elegir la mejor posición para dar a luz ($p = 0,001$); derecho a la atención prenatal ($p = 0,013$); derecho a tener un parto humanizado y seguro ($p = 0,013$); y el derecho a comer o durante el parto ($p = 0,001$). Además, hubo una diferencia en el conocimiento sobre la importancia de no dar agua o té al bebé ($p = 0.041$).

Las actitudes de las gestantes antes y después de la intervención educativa se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3 - Actitudes de las gestantes antes y después de participar en la intervención educativa.

Variables específicas	Antes		Después	
	S	N	S	N
Si siente una pequeña pérdida de líquido amniótico, ¿qué haría?				
Me acostaría y descansaría	3	17	4	16
Mientras no tuviera dolor, esa pérdida podría ser normal	1	19	0	20
Iría al hospital	16	4	16	4
Si presenta dolor constante al orinar, lo informaría a la enfermera y le haría exámenes	20	0	20	0
La mejor posición para dar a luz es:				
Acostada	9	11	3	17
Cuclillas	1	19	4	16
En la posición más cómoda posible	9	11	13	7
¿A qué horas se permite que su acompañante se quede con usted en la sala de maternidad?				
Solo en preparto	1	19	2	18
Solo en el puerperio	3	17	0	20
El acompañante no debe ingresar a la maternidad	1	19	0	20
En la sala de PPP (preparto, parto y puerperio) o en el quirófano	15	5	18	2

No hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a las actitudes de los participantes antes y después de la intervención educativa.

La Tabla 4 presenta las prácticas de las mujeres antes y después de la intervención.

Tabla 4 - Prácticas de mujeres embarazadas antes y después de la intervención educativa.

Variables específicas	Antes		Después	
	S	N	S	N
¿Qué vacunas se administraron?				
DTaP	7	13	7	13
H1N1	6	14	5	15
HEP B 1ª dosis	6	14	6	14
HEP B 2ª dosis	7	13	7	13
HEP B 3ª dosis	2	18	2	18
¿Le recetaron hierro y ácido fólico?	20	0	20	0
¿Está usando las vitaminas recetadas?	13	7	13	7
¿Escribiste el plan de nacimiento?	1	19	1	19
¿Realizas actividad física?	1	19	1	19
¿Cuidas las mamas para prepararse para la lactancia?	7	13	7	13
¿Tiene usted y su pareja relaciones sexuales con condón?	3	17	12	8

Hubo diferencia estadísticamente significativa en el uso de condón en prácticas sexuales luego de participar en la intervención grupal ($p = 0.008$).

DISCUSIÓN

Las mujeres tenían ingresos familiares bajos, relacionados con las desigualdades sociales en Brasil desde una perspectiva macroestructural. Esta disimilitud se verifica con los hallazgos de un estudio realizado en Fortaleza, CE, donde el ingreso familiar de las gestantes osciló entre sin ingresos y R \$ 8.000,00, con una mediana de R \$ 1.200⁽⁹⁾.

Se enfatiza el aspecto económico ya que el bajo ingreso familiar promedio per cápita tiene una relación inversa con la tasa de fecundidad en la adolescencia⁽¹⁰⁾. Además, el bajo nivel socioeconómico materno aumenta el riesgo de mortalidad materna en adolescentes y partos prematuros⁽¹¹⁾. En este contexto, se incentiva la implementación de mecanismos intersectoriales para paliar esta adversidad.

En cuanto a la planificación sexual y reproductiva, más de la mitad de los embarazos no fueron planificados. Un estudio observacional transversal encontró un porcentaje del 60,7% de embarazos no planeados⁽⁹⁾. Se entiende que este hecho resulta de la interacción de variables como bajos ingresos, baja educación, desempleo y bajos salarios en los dominios personal y familiar⁽¹²⁾.

Se destaca que el embarazo no intencional representa un desafío para la salud pública, ya que contribuye a la morbilidad y mortalidad materna por exposición a riesgos relacionados con el embarazo, el aborto inseguro y el parto⁽¹³⁾. Se refuerza la importancia de las acciones de salud que involucran prácticas educativas y servicios de planificación familiar, especialmente en un contexto vulnerable⁽¹⁴⁾.

En cuanto al conocimiento, la falta de información de las gestantes encontrada en este estudio corrobora el daño que ocasiona a las gestantes el desconocimiento de

los beneficios que pueden brindar sus derechos y la oportunidad de reclamarlos⁽¹⁵⁾. Este resultado puede estar relacionado con las prácticas de los profesionales de la salud, como la resistencia a difundir información relevante, señalando la ausencia de mecanismos para difundir los derechos de la mujer embarazada⁽¹⁶⁾.

Es fundamental valorar las relaciones entre gestantes y otras personas para modificar prácticas relacionadas con el parto. Las acciones deben enfatizar en brindar información a la mujer y a los miembros de su red de apoyo social, permitiendo una mayor participación⁽¹⁵⁾. La autonomía de las enfermeras es fundamental en este contexto, ya que este profesional necesita conocer la información para ofrecer a las mujeres⁽¹⁷⁾.

Este estudio reveló que, antes de la intervención educativa, la mayoría de las mujeres desconocían que la maniobra de Kristeller es un tipo de violencia obstétrica. En un estudio cualitativo en el que las mujeres describieron sus conocimientos y experiencias preexistentes sobre la maniobra de Kristeller, las entrevistadas se sintieron desinformadas e incapaces de rechazar esta maniobra porque se les ofreció como una "pequeña ayuda" durante el parto⁽¹⁸⁾.

El conocimiento de las mujeres embarazadas sobre la violencia obstétrica es fundamental para la identificación y prevención de tales prácticas. Las mujeres parturientas también deben recibir información sobre este tema durante la asistencia prenatal. Por tanto, las iniciativas de movilización social pueden contribuir a ampliar el conocimiento y la difusión de esta problemática y apoyar la difusión de buenas prácticas en el trabajo de parto y parto⁽¹⁹⁾.

Con respecto a la lactancia materna, las mujeres conocían la mayoría de los elementos evaluados. Sin embargo, una parte de ellas expresó un conocimiento erróneo sobre dar agua al bebé durante la lactancia materna exclusiva. Un estudio realizado en Porto Alegre (RS) reveló que, en los 30 días posteriores al parto, el 6,8% de los niños recibió agua, el 21,2% té y la introducción de sucedáneos de la leche materna fue reportada por el 38,1% de las participantes⁽²⁰⁾.

Algunos factores interrumpen la lactancia materna exclusiva, como la creencia de algunas madres lactantes en la producción insuficiente de leche, dificultades de agarre y diversas complicaciones mamarias que pueden surgir en el posparto asociadas con la falta de confianza y consejos de familiares y amigos, así como mitos y creencias relacionados con los calambres del bebé y las causas del llanto del bebé^(20,21).

En cuanto a las actitudes de las participantes, cuando se les preguntó sobre los posibles signos y síntomas del diagnóstico para el inicio del trabajo de parto, la mayoría de las embarazadas informó que acudirían de inmediato al hospital cuando se les preguntara por la pérdida de líquido amniótico. Esta actitud revela el error de algunas gestantes al enfrentar esta situación, considerando que la ruptura de la membrana amniótica no es un factor definitorio para el trabajo de parto activo y la derivación inmediata a la unidad hospitalaria⁽²²⁾.

La preocupación anterior es frecuente entre las mujeres embarazadas, dada la falta de información brindada por los profesionales sobre los criterios existentes que definen el trabajo de parto activo⁽²²⁾. En nuestro estudio, no hubo cambio de actitud

ante este tema, reforzando la necesidad de que el profesional de la salud informe a las gestantes sobre los signos de alarma relacionados con el trabajo de parto durante las consultas prenatales, evitando el ingreso prematuro de estas mujeres en el hospital y, en consecuencia, intervenciones innecesarias.

En cuanto a la posición a adoptar durante el trabajo de parto, luego de completar este estudio, se observó que las participantes estaban dispuestas a dar a luz en una posición que les asegurara el mayor confort. El cambio en este escenario refleja las influencias positivas que la educación para la salud brinda a las mujeres embarazadas, especialmente en lo que respecta a la desmitificación de algunos tabúes y mitos que siguen presentes sobre las posiciones naturales de la mujer para dar a luz⁽²³⁾.

Como consecuencia de la falta de acciones educativas, un estudio ha reportado la percepción de las puérperas sobre la posición vertical en el parto. El estudio reveló que algunas mujeres en atención primaria o incluso en maternidades no conocían las posiciones de parto que podrían adoptar⁽²⁴⁾. Así, las mujeres deben ser informadas durante las consultas prenatales y los grupos de mujeres embarazadas sobre las posiciones que pueden adoptar durante el parto sin ninguna imposición por parte de los profesionales de la salud.

Aunque la mayoría de los participantes afirmaron que el acompañante debería estar con ellos durante el parto, el parto y el posparto inmediato, una parte no conocía este derecho. Este hecho puede interferir con la aplicabilidad de la ley del compañero en los diferentes contextos del embarazo. Un estudio señaló que el 57,5% de las entrevistadas no sabía que existe una ley que garantiza su derecho a tener un acompañante y el 66,2% no tuvieron derecho a tener un acompañante durante todo el proceso del parto⁽²⁵⁾. Esto resalta la necesidad de mayores inversiones en acciones educativas.

La mayoría de las mujeres no llevaron a cabo un plan de parto con ellas. En esta perspectiva, la literatura señala que se necesitan más estudios para identificar las razones de la baja adherencia al plan de parto y la creación de políticas de salud que incentiven el uso de este instrumento⁽²⁶⁾. Se señalan desafíos para el uso del plan de parto, como la necesidad de una mayor difusión entre los profesionales y las gestantes, la adherencia como práctica común en los servicios de atención primaria de salud, el apoyo a las mujeres en el desarrollo de este instrumento, así como la construcción de planos que pueden cambiar durante el proceso de parto⁽²⁷⁾.

Es fundamental desarrollar e implementar acciones en la atención prenatal que movilicen a las gestantes a la práctica de actividad física, ya que los datos de este estudio mostraron que algunas mujeres realizaban actividades físicas, aunque sabían que este es un factor relacionado con un embarazo saludable. La literatura señala que las principales barreras para la no adherencia a las actividades físicas durante el embarazo son el cansancio, la falta de gusto por el ejercicio, la agenda ocupada, el cuidado de los hijos, el miedo y la falta de información sobre el embarazo⁽²⁸⁾. Por ello, es necesario impulsar programas que incentiven a las gestantes a la práctica de actividades físicas y difundan los beneficios de la actividad física para las embarazadas y sus bebés⁽²⁹⁾.

Durante la intervención educativa se incentivó el uso de condones en las relaciones sexuales con la pareja, demostrando posteriormente una mayor adherencia por parte de los participantes. Este cambio de comportamiento se ve a medida que se proporciona información y aclaraciones, aclarando los daños de no usar o usar de manera inapropiada este método anticonceptivo de barrera. La resistencia al uso del condón, especialmente en las parejas, se vuelve común a medida que las relaciones se vuelven más estables y aumenta la confianza⁽³⁰⁾. Sin embargo, se destaca el uso de condones en cualquier etapa de la vida de hombres y mujeres, incluso durante el embarazo, principalmente por el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual con potencial de transmisión vertical.

CONCLUSIONES

Los hallazgos revelaron que la intervención educativa a través de una estrategia grupal impactó positivamente los conocimientos, actitudes y prácticas de las gestantes sobre el ciclo embarazo-puerperal. Se observó una mejora en el conocimiento sobre los derechos de las mujeres embarazadas y la importancia de no dar agua y té al bebé, y en la práctica de usar condones durante las relaciones sexuales. Esto refuerza que las intervenciones educativas durante el embarazo son esenciales y pueden contribuir a la salud de la díada madre-hijo y reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Como implicaciones, este estudio plantea la reflexión sobre cómo se están realizando las actividades educativas en el contexto de la atención prenatal y la necesidad de implementar nuevas estrategias que favorezcan la atención de estas clientas. En este contexto, los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, pueden utilizar grupos para promover el empoderamiento de las mujeres embarazadas y permitirles buscar atención médica de alta calidad a través de buenas prácticas obstétricas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud.

El pequeño tamaño de la muestra es una de las debilidades de este estudio, así como el método de muestreo no aleatorio utilizado y el uso de un instrumento de recolección de datos que aún no ha sido validado. Por lo tanto, se requieren investigaciones futuras que empleen grupos de aleatorización y control para evaluar el uso de tecnologías a nivel individual y colectivo para promover conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas en el período embarazo-puerperal.

REFERENCIAS

1. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKC, Castro RCMB, et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. Acta Paul Enferm [Internet]. 2018 [acceso em 16 mar 2021];31(3):247–54. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002018000300247&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
2. Teixeira GA, Costa FML, Mata MS, Carvalho JBL, Souza NL, Silva RAR. Factores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J Online [Internet]. 2016 [acceso em 11 mar 2021];4036–46. Disponible em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3943/pdf_1832

3. Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 18 mar 2011]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
4. Dias EG, Anjos GB, Alves L, Pereira SN, Campos LM. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. Rev Sustinere [Internet]. 2018 [acesso em 31 mar 2021];6(1):52–62. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722>
5. Nunes GP, Negreira AS, Costa MG, Sena FG, Amorim CB, Kerber NPC. Grupo de gestantes como ferramenta de instrumentalização e potencialização do cuidado. Cid Em Ação Rev Ext E Cult [Internet]. 2017 [acesso em 16 mar 2021];1(1):77–90. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/10932>
6. Paiva MVS, Soares AMM, Lopes ARS, Santos KCB, Sardinha AHL, Rolim ILTP. Educação em saúde com gestantes e puérperas: um relato de experiência. Rev Recien - Rev Científica Enferm [Internet]. 2020 [acesso em 31 mar 2021];10(29):112–9. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/dx.doi.org%2F10.24276%2Frrcien2358-3088.2020.10.29.112-119>
7. Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Prenatal nursing consultation: narratives of pregnant women and nurses. Texto Amp Contexto - Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 18 mar 2021];28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072019000100320&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. AECS Illum. 2004;4:7–9.
9. Gadelha IP, Diniz FF, Aquino PS, Silva DM, Balsells MMD, Pinheiro AKB. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. Rev Rene Online [Internet]. 2020 [acesso em 15 mar 2021];42:198–2198. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/42198>
10. Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS, Menezes GMS, Costa MCN, Natividade MS. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. Epidemiol E Serviços Saúde [Internet]. 2021 [acesso em 15 mar 2021];30:e201953. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2021.v30n1/e201953/>
11. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. Paediatr Perinat Epidemiol. 2019;33(1):88–99.
12. Ferreira HLOC, Barbosa DFF, Aragão VM, Oliveira TMF, Castro RCMB, Aquino PS, et al. Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 1 abr 2021];72(4):1044–51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672019000401044&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
13. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article. Iran J Public Health [Internet]. 2015 [acesso em 15 mar 2021];44(1):12–21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449999/>
14. Pedro CB, Casacio GDM, Zilly A, Ferreira H, Ferrari RAP, Silva RMM, et al. Fatores relacionados ao planejamento familiar em região de fronteira. Esc Anna Nery [Internet]. 2021 [acesso em 15 mar 2021];25(3). Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452021000300209&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

15. Junqueira TL, Coelho ASF, Sousa MC, Louro N da S, Silva PS, Almeida NAM. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde conhecem seus direitos no período gravídico-puerperal. *Enferm Foco Brasília* [Internet]. 2019 [acesso em 31 mar 2021];67–72. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2213/607>

16. Gouveia GS, Lessa GM. Conhecimento da gestante e direitos assegurados pela rede cegonha: contribuição gestora. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso em 15 mar 2021];138–51. Disponível em:

<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3221/2633>

17. Jardim MJA, Silva AA, Fonseca LMB. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Internet]. 2019 [acesso em 15 mar 2021];432–40. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6370/pdf_1

18. Rubashkin N, Torres C, Escuriet R, Ruiz-Berdún MD. “Just a little help”: A qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain. *Birth* [Internet]. 2019 [acesso em 15 mar 2021];46(3):517–22. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12424>

19. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [acesso em 15 mar 2021];24(8):2811–24. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000802811&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

20. Gasparin VA, Strada JKR, Moraes BA, Betti T, Pitilin ÉB, Santo LCE. Factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding in the late postpartum. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 15 mar 2021];41. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472020000100401&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

21. Moccelin JM, Schuster RV. Fatores que influenciam a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: uma revisão integrativa. *Rev Destaques Acadêmicos* [Internet]. 2020 [acesso em 31 mar 2021];12(3). Disponível em:

<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/2658>

22. Félix HCR, Corrêa CC, Matias TGC, Parreira BDM, Paschoini MC, Ruiz MT. The Signs of alert and Labor: knowledge among pregnant women. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet]. 2019 [acesso em 18 mar 2021];19(2):335–41. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292019000200335&lng=en&nrm=iso&tlng=en

23. Zirr OGM, Gregório OVRP, Lima OMM, Collaço OVS. Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 31 de março de 2021];23:1–7. Disponível em:

<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1348>

24. Sousa JL, Silva IP, Gonçalves LRR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LFC. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 18 mar 2021];e27499–e27499. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502018000100353

25. Santos ECP, Lima MR, Conceição LL, Tavares CS, Guimarães AM d’Ávila N. Conhecimento e aplicação do direiro do acompanhante na gestação e parto. *Enferm*

- Em Foco [Internet]. 2016 [acesso em 18 mar 2021];7(3/4):61–5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/918>
26. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 [acesso em 17 mar 2021];23(3):520–6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692015000300520&lng=en&nrm=iso&tlng=en
27. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ÁCP, Barbieri M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 17 mar de 2021];40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472019000100504&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
28. Alaglan AA, Almousa RF, Alomirini AA, Alabdularazaq ES, Alkheder RS, Alzaben KA, et al. Hábitos de atividade física das mulheres sauditas durante a gravidez. Womens Health [Internet]. 2020 [acesso em 16 mar 2021];16:1745506520952045. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1745506520952045>
29. Souza VA, Mussi RFF, Queiroz BM, Souza VA, Mussi RFF, Queiroz BM. Nível de atividade física de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de um município do nordeste brasileiro. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 1 abr 2021];27(2):131–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2019000200131&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
30. Castro EL, Caldas TA, Morcillo AM, Pereira EMA, Velho PENF. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. Ciênc & Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 18 mar 2021];21(6):1975–84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000601975&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia