

# **OFICINA EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA PARA O EMPODERAMENTO NO PROCESSO DE PARIR**

**Idalina Santiago dos Santos, Monaliza Ribeiro Mariano, Saiwori de Jesus Silva  
Bezerra dos Anjos, Leilane Barbosa de Sousa, Lydia Vieira Freitas dos Santos.**

## **RESUMO**

A visita domiciliar proporciona ao profissional de saúde a possibilidade de conhecer o espaço da família e, assim, identificar suas necessidades e potencialidades. Amplia a visão das condições reais de vida da família e possibilita o vínculo e a interação em ambientes familiares e sociais. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi avaliar a contribuição das oficinas educativas para o empoderamento das gestantes para o parto através de visitas domiciliares. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, realizado no domicílio de puérperas que participaram de oficinas educativas, em etapa anterior, no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), em um município localizado no Maciço de Baturité-Ce. Participaram 21 puérperas, que moram no município no qual está localizado o CRAS. Os dados foram analisados, realizado número absoluto e porcentual, e organizados em tabelas para melhor visualização. A faixa etária das participantes variou de 18 a 43 anos, com média de 28,7 anos. Quanto a escolaridade das participantes 9 (42,9%) tinham ensino médio completo, 6 (28,6%) ensino médio incompleto e 6 (28,6%) ensino fundamental incompleto. No que concerne ao pré-natal, apenas 2 (9,5 %) gestantes informaram que tiveram dificuldades no atendimento na UBS. Todas as participantes realizaram o pré-natal. A média de semanas de gestação do descobrimento da gravidez foi de 9,9 semanas e até o terceiro trimestre de gestação tinham realizado em média 4 de consultas, nas quais, 3 (14,3%) foram realizadas por profissionais médicos, 7 (33,3%) por enfermeiros e 11 (52,4%) por ambos. Quanto a percepção sobre o efeito da oficina para o empoderamento no parto, verificou-se que o 16 (76,2%) usaram informações discutidas na oficina durante o trabalho de parto e parto, 16 (76,2%) informaram que os assuntos abordados na oficina não eram comuns nos cotidianos, 20 (95,2%) informaram que parto humanizado ficou bem esclarecido durante o período de realização da oficina. Todas as puérperas afirmaram que os assuntos abordados foram satisfatórios, que houve troca de experiências entre as participantes e os orientadores do grupo. **CONCLUSÃO:** A oficina educativa foi considerada relevante e auxiliou no empoderamento das mulher para o processo de parir segundo as participantes.

**DESCRITORES:** Empoderamento. Enfermagem. Educação em saúde. Parto humanizado.

## INTRODUÇÃO

O momento da gestação configura-se a fase ideal para lidar com as questões que envolvem o parto, visto que nessa fase a mulher encontra-se mais receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam servir para a promoção integral da saúde materno-infantil, tornando-se também agente multiplicadora de conhecimento revestido em melhoria da qualidade de vida de sua família e comunidade (REIS et al, 2010). Reconhecer a importância da atenção às gestantes durante o parto é de suma importância, uma vez que as práticas profissionais dos envolvidos na obstetrícia tem que ser de acordo com as necessidades individuais das parturientes (SALIM, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) vem incorporando em seus manuais técnicos algumas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), essenciais para a atenção perinatal. Intitulado “Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal”, as orientações asseguram que o cuidado na gestação e no parto normal além de não ser medicalizado, deve ser baseado no uso de tecnologia apropriada e evidências, regionalizado, ter sistema eficiente de referência, multidisciplinar, integral, estar centrado nas famílias, apropriado, enfatizar as diferentes culturas, compartilhar a tomada de decisão com as mulheres, respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres (BRASIL, 2005).

Visando a melhoria no atendimento prestado as gestantes, foi desenvolvido na rede pública de saúde no ano de 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) que tem como foco a redução das altas taxas de morbimortalidade maternal e perinatal, formulando critérios de qualificação do atendimento em consultas de pré-natais e indicando os procedimentos mínimos que devem ser efetuados durante as consultas promovendo também a vinculação da assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2014).

Apesar da cobertura ao pré-natal no Brasil ser de 99% (LEAL, 2013), o conhecimento das gestantes a respeito da importância e dos benefícios do pré-natal, assim como preparação para o parto e nascimento, são limitados (BRASIL, 2016).

Segundo Lima et al (2014), oficinas educativas contribuem para uma assistência pré-natal de mais qualidade. Neste estudo, foi verificado que essa modalidade de assistência repercutiu de forma positiva entre as participantes, pois, as dúvidas foram esclarecidas e proporcionou maior tranquilidade. Assim, compreende que essa metodologia de educação em saúde é inteiramente relevante, visto que se percebeu uma carência de assistência Multiprofissional às gestantes nesta fase da vida, na qual se necessitadas de informações e apoio.

Segundo as tendências atuais do cuidado em saúde, é essencial que o cliente seja

preparado para assumir a responsabilidade do autocuidado por meio de estratégias educativas, assim como é imperativo ao enfermeiro ofertar tais atividades com qualidade. Para tanto, deve-se compreender o processo de ensino e aprendizagem com vistas a assumir as responsabilidades de sua prática em diferentes circunstâncias e grupos populacionais (BASTABLE, 2010).

O propósito da educação de clientes é aumentar sua competência e confiança para a autogestão. Pessoas informadas aderem com mais facilidade aos tratamentos preconizados, encontram formas inovadoras de enfrentamento e são susceptíveis a menos complicações (BASTABLE, 2010).

Para complementar as atividades educativas em meios sociais, a visita domiciliar, proporciona ao profissional de saúde a possibilidade de conhecer o espaço da família e, assim, identificar suas necessidades e potencialidades. Amplia a visão das condições reais de vida da família e possibilita o vínculo e a interação em ambientes familiares e sociais (SAVASSE, 2013). A mesma trata-se de uma estratégia que viabiliza a criação de espaços de intersubjetividade, na qual ocorrem falas, escutas e interpretações. São momentos de cumplicidade nos quais pode haver responsabilização acerca dos problemas que serão enfrentados e podem também serem utilizados para avaliar o aprendizado de atividades educativas (MOURÃO, 2010).

Em etapa anterior, realizaram-se oficinas educativas com gestantes que se encontravam no terceiro trimestre de gestação, nas quais foram discutidos diversos temas, escolhidos pelo grupo, acerca do parto ativo, como: mecanismos e os períodos clínicos do parto, boas práticas no parto, intercorrências no parto, cesariana, direitos da mulher no parto e métodos não farmacológicos para alívio da dor. Os assuntos tinham o intuito de estimular as mulheres para que, no momento do parto, pudessem se desenvolver de forma ativa, buscando seus direitos e contribuindo para a saúde dela e do bebê vindouro.

Assim, o presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a contribuição das oficinas educativas para o empoderamento das gestantes no parto.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é aquela que busca por querer medir ou contar características ou fatos sociais, além de incidência e predominância, desde que essas características já sejam algo conhecido. O papel do método estatístico quantitativo é fornecer uma descrição organizada da sociedade. Define e delimita grupos, assim como especifica suas características. É um método de experimentação e análise (MARCONI E LAKATOS, 2013).

O estudo foi realizado no domicílio de puérperas que participaram de oficinas educativas, em etapa anterior no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), em um município, localizado no Maciço de Baturité-Ce no período de novembro de 2015 a julho de 2016. Participaram 21 puérperas, que moram no município no qual está localizado o CRAS. Foram incluídas no estudo mulheres com idade superior a 18 anos, que estavam no terceiro trimestre de gestação, em situação de baixa renda e que aceitaram participar do estudo assinando o TCLE.

Os dados foram coletados em dois momentos. O primeiro foi no ato da inscrição das gestantes para participar das oficinas educativas, na qual foram coletados dados acerca do perfil socioeconômico. O segundo foi na realização das visitas domiciliares, agendadas anteriormente por telefone, no qual foi informado no momento da inscrição da participante no grupo de oficinas. As mesmas foram realizadas, levando em consideração a disponibilidade de horários das puérperas, mantendo contato por telefone e marcando o dia da visita. Estas eram feitas às quintas-feiras, pela manhã, e sextas-feiras a tarde, no qual se aplicou, por meio de entrevista, o instrumento de avaliação das oficinas educativas para o empoderamento no parto. Esse instrumento foi elaborado a partir dos estudos realizados para confecção das oficinas. Este abordava os seguintes temas: informações sobre o parto, tipo de parto realizado, qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde, direito acompanhante, direito privacidade, uso de Métodos não farmacológicos (MNFs) e protagonismo da mulher no momento do parto.

Os dados foram analisados por meio do quantitativo de números absoluto e porcentagem, e organizados em tabelas para melhor visualização.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, sob CAAE - 33807014.0.0000.5576. Atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 21 puérperas. A tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico das participantes do estudo.

**TABELA 1. Dados socioeconômicos das puérperas. Redenção, 2016.**

<b>Variáveis</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
Idade	18 – 25	7	33,3
	26 – 35	8	38,1
	36 – 42	6	28,6
Estado Civil	Solteira	7	33,3
	Casada	13	61,9
	Não respondeu	1	4,8
Escolaridade	Fundamental incompleto	6	28,6
	Médio incompleto	6	28,6
	Médio completo	9	42,9
Atividade remunerada	Sim	2	9,5
	Não	19	90,5
Renda mensal familiar	<1 salário	7	33,3
	>1 salário	13	61,9
	>2 salários	1	4,8

A faixa etária variou entre 18 a 42 anos, com média de 28,7 anos, sendo que a maioria, 8 (38,1%) entre 26 e 35 anos, casadas 13 (61,9%). Quanto a escolaridade das participantes observou-se que 9 (42,9%) estudaram ensino médio completo e 19 (90,5%) não possuem atividade remunerada, possuindo renda mensal entre 1 e 2 salários mínimo.

A tabela abaixo apresenta o perfil gestacional das participantes.

**TABELA 2. Perfil gestacional das participantes. Redenção, 2016.**

<b>Variável</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primigesta	8	38,1	13	61,9
Gravidez planejada	9	42,9	12	57,1
Recebeu apoio familiar	21	100,0	-	-
Realizou pré-natal	21	100,0	-	-
Dificuldade de atendimento na UBS	21	9,5	2	90,5

Apenas 2 (9,5 %) gestantes informaram que tiveram dificuldades no atendimento na UBS, o total da amostra realizou pré-natal, a média de semanas de gestação em que as puérperas descobriram sua gravidez foi de 9,9 semanas e até o terceiro trimestre de gestação tinham

realizado em média 4,0 de consultas, nas quais, 3 (14,3%) foram realizadas por profissionais médicos, 7 (33,3%) por profissionais de enfermagem e 11 (52,4%) por ambos. Sendo 8 (38,1%) primigesta, 13 (61,9%) multípara e todas com gestação única. Com relação ao planejamento da gravidez 9 (42,9%) das participantes afirmaram terem desejado e 12 (57,1%) não esperavam, o total da amostra afirmaram receber apoio da família.

A tabela 3 apresenta questões em relação às ações dos profissionais no momento do parto e o empoderamento que as puérperas no momento do parto.

**TABELA 3. Ações dos profissionais e empoderamento da puérpera no momento do parto. Redenção, 2016.**

Variável	Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%
Estimulada ao parto natural	10	47,6	10	47,6	1	4,8
Teve parto natural	10	47,6	11	52,4	-	-
O trabalho de parto e parto atendeu suas expectativas	14	66,7	3	14,3	4	19,0
Sentiu-se discriminada, maltratada ou perseguida durante o atendimento do Trabalho de Parto	3	14,3	17	81,0	1	4,8
A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o Trabalho de Parto e parto foram favoráveis	16	76,2	4	19,0	1	4,8
Presença de acompanhante durante seu Trabalho de Parto e /ou parto	9	42,9	12	57,1	-	-
O acompanhamento do enfermeiro (a) obstétrico (a) no Trabalho de Parto e parto foi satisfatório	14	66,7	2	9,5	5	23,8
Estímulo e apoio à amamentação ainda na sala de parto	18	85,7	3	14,3	-	-
Informações de como se desenvolve o Trabalho de Parto em termos de contração, dilatação e a previsão do nascimento	6	28,6	14	66,7	-	-
Conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP e parto	20	95,2	1	4,8	-	-
Foi um membro útil e cooperativo com a equipe médica durante todo o processo de parto	19	90,5	-	-	2	9,5
Sentiu que tinha a situação sobre controle, durante o TP e parto	20	95,2	-	-	1	4,8

A sua dor interferiu na relação e nos cuidados prestados ao bebê no período pós-parto	4	19,0	16	76,2	1	4,8
Satisfação com a qualidade do serviço	17	81,0	4	19,0	-	-

Segundo a tabela acima, 10 (47,6%) das participantes afirmaram não terem sido estimulada ao parto natural, 11 (52,4%) tiveram parto cesáreo, 14 (66,7%) afirmaram que o trabalho de parto e parto atendeu suas expectativas, 17 (81,0%) não se sentiu discriminada, maltratada ou perseguida durante o atendimento do Trabalho de Parto. De acordo com 16 (72,2%) das participantes a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o Trabalho de Parto e parto foram favoráveis, 18 (85,7%) informaram ter tido estímulo e apoio à amamentação ainda na sala de parto, 20 (95,2%) tinham conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP e parto e 17 (81,0%) afirmaram satisfação com a qualidade do serviço prestado pelos profissionais de saúde durante trabalho de parto e parto.

A tabela 4 mostra questões referentes às informações e atitudes sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto.

**TABELA 4. Informações e atitudes sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no momento do parto. Redenção, 2016.**

Variável	n	Sim %	n	Não %	n	Não respondeu %
Informada sobre a possibilidade de parir em posição verticalizada	1	4,5	17	81,0	3	14,3
Oferecido banho de chuveiro ou banheira	7	33,3	7	33,3	7	33,3
Realizaram massagens para melhorar a dor	3	14,3	14	66,7	4	19,0
Usou métodos de respiração e relaxamento no TP e parto	8	38,1	8	38,1	5	23,8
Contou com o apoio do companheiro, durante o TP e parto	4	19,0	17	81,0		-
A ajuda do seu companheiro foi útil, durante o TP e parto	3	14,3	4	19,0	14	66,7
Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP e o parto	16	76,2	4	19,0	1	4,8
Uso de Métodos Não Farmacológicos	8	38,1	12	57,1	1	4,8

Conforme apresenta a tabela 4, 17 (81,0%) das participantes relataram não terem sido

informadas sobre a possibilidade de parir em posição verticalizada, em 14 (66,7%) não foi realizado massagens para melhorar a dor no trabalho de parto e parto. No que concerne ao apoio do companheiro no trabalho de parto apenas 4 (19,0%) afirmou que sim e 17 (81,0%) disseram que não. Com relação a sentir prazer ou satisfação durante o TP e o parto 16 (76,2%) disseram que sim e 12 (57,1%) não fizeram uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto.

Em relação à percepção do efeito da oficina para o empoderamento no parto, a tabela 5 traz algumas informações.

**TABELA 5. Percepção sobre o efeito da oficina para o Empoderamento no parto. Redenção, 2016.**

Variável	n	Sim %	n	Não %
Usou informações discutidas na oficina durante o TP e parto	16	76,2%	5	23,8%
Os assuntos abordados na oficina já eram comuns no seu cotidiano	5	23,8%	16	76,2%
Os assuntos abordados foram satisfatórios	21	100,0%	-	-
O parto humanizado ficou bem esclarecido durante o período de realização da oficina	20	95,2%	1	4,8%
Houve troca de experiências entre os participantes e os orientadores do grupo	21	100,0%	-	-
As informações compartilhadas pelo grupo ajudaram no momento do parto	21	100,0%	-	-
A oficina atingiu suas expectativas	21	100,0%	-	-
Você recomendaria esse tipo de oficina para outras gestantes	21	100,0%	-	-

Percebe-se que, sobre o efeito da oficina para o empoderamento no parto, 16 (76,2%) puérperas usaram informações repassadas na oficina durante o TP e parto, 16 (76,2%) informaram que os assuntos abordados na oficina não eram comuns nos cotidianos e 20 (95,2%) informaram que parto humanizado ficou bem esclarecido durante o período de realização da oficina. Todas as participantes afirmaram que os assuntos abordados foram satisfatórios, que houve troca de experiências entre as participantes e os orientadores do grupo, que as informações repassadas pelo grupo ajudaram no momento do parto, assim como, as oficinas atingiu as expectativas e que as mesmas recomendariam as oficinas para outras gestantes.

## **DISCUSSÃO**

Os principais resultados evidenciaram que a faixa etária das participantes deste estudo variou entre 18 a 45 anos com média de 28,7 anos. Segundo Rezende (2011) os limites fisiológicos para uma gestação segura são entre os 16 e 35 anos, quanto mais precoce for a gestação, maior será a possibilidade de desfecho seguro.

O Ministério da Saúde (MS) estabelece alguns critérios para o alcance de um pré-natal de qualidade na Atenção Primária, entre eles, se encontra o critério do número de consultas, que devem ser realizadas, obedecendo ao preconizado pela Associação de Ginecologia e Obstetrícia Americana (ACOG) que defende que o número adequado seria igual ou superior a seis (BRASIL, 2012). No presente estudo, todas as puérperas entrevistadas realizaram o pré-natal, no entanto, cada mulher totalizou em média 4 consultas, o que demonstra uma falha do sistema a esse critério de qualidade.

No presente estudo, a média de semanas de gestação em que as puérperas descobriram sua gravidez foi de 9,9 semanas. O tempo decorrido entre a fecundação e descoberta da gestação também se torna um forte aliado para o estabelecimento dos cuidados gestacionais, pois outro critério adotado pelo MS é o início precoce do pré-natal, estabelecendo nesse sentido a importância da avaliação pré-concepcional que subentende que a gestação se inicia com o planejamento da mesma. Planejando as mulheres estarão mais atentas aos sinais e sintomas de gravidez e, por conseguinte a descobrirão mais cedo, (BRASIL, 2012).

Quanto ao profissional que prestou assistência na maioria das consultas na amostra foi o enfermeiro. Estudo feito por Viellas (2014) mostra que na região nordeste, cerca da metade das gestantes são acompanhadas no pré-natal por enfermeiros nas redes de serviços de saúde da atenção primária. As consultas realizadas pelo enfermeiro têm o objetivo de propiciar condições para a promoção da saúde das gestantes e a melhoria na qualidade de vida. O MS garante por Lei o Exercício do profissional de enfermagem referente a consultas de enfermagem as gestantes de baixo risco.

Em todas essas etapas o acompanhamento do Enfermeiro é essencial, visto que, 68,8% dos atendimentos as gestantes entrevistadas foram prestados por um profissional de Enfermagem, estudos revelam que o vínculo desenvolvido com esses profissionais corrobora para a assiduidade nas consultas, à compreensão das informações repassadas, a confiança para tirar dúvidas e a disposição para a mudança de hábitos, condição essencial para a eficácia das ações implementadas, pois o Enfermeiro atua como educador, mas para atingir o

empoderamento, deve despertar o anseio por transformação, e isso ocorre apenas quando há segurança e credibilidade nas informações repassadas, além de ser responsável por essa humanização do serviço o enfermeiro engloba em suas atribuições a essencial realização dos registros (BRÜGGEMANN, EBSEN E BATISTA, 2015)

Referente ao parto natural, 47,6% responderam que não tiveram nenhum estimo pela prática. Sobre o assunto, o estudo de Weidler et al (2014) mostra que a falta de humanização pelos profissionais de saúde influencia negativamente na escolha das mulheres pelo parto normal. Soma-se a isso, a transformação do fenômeno natural que é o parto pelo um acontecimento técnico e medicalizado, causou receio nas mulheres quanto ao parto vaginal e permitiu maior influência dos profissionais de saúde na escolha da gestante, Weidler et al (2014).

No que corcenenem aos dados relacionados ao uso das boas práticas recomendadas pela OMS e MS, apenas 9 (42,9%) puérperas relataram a presença de acompanhante durante o momento de seu parto. Sendo que a presença de um acompanhante no processo de parturição é relatada por Diniz et al (2014) como um marcador de segurança e qualidade do atendimento, assim como um indicador da incorporação de vários dos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SUS), integralidade, universalidade, equidade e humanização.

Ainda nesse contexto, Dodou et al (2014) afirma que o cuidado propiciado pela presença de um acompanhante além de auxiliar na humanização do parto, proporciona calma, segurança e alívio na tensão da parturiente. Atualmente no país a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, é um direito da mulher garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005.

Seguindo o modelo de assistência de acordo com as boas práticas no parto e nascimento priorizadas pela OMS, apenas 38,1% da amostra relatou ter feito uso de um a três métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto. No que se refere aos MNFs, os autores Osório, Júnior e Nicolau (2014) concluíram em uma revisão sistematica que esses metodos além de diminuir a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e de estresse e que as intervenções não interferem no processo de parturição.

Segundo lima et al, 2014, em um estudo realizado com oficina educativa em gestante, foi observado que essa modalidade de assistência repercutiu de forma positiva entre as participantes, pois suas dúvidas foram respondidas e estas afirmaram estar mais tranquilas. No presente estudo percebeu-se que houve efetividade da atividade educativa passada

anteriormente para as participantes. Os resultados alcançados demonstraram que houve empoderamento feminino visto que nos resultados obtidos entre a primeira entrevista e a visita domiciliar houve resultados significativos quanto as variáveis apresentadas.

Além de propiciar acesso às informações, as atividades educativas direcionadas anteriormente para puérperas respeitaram suas necessidades, seus valores culturais e sociais. O bem-estar psicossocial das mulheres é atualmente visto como tão importante quanto o seu bem-estar físico (HAINES et al, 2012).

Segundo Camillo (2016), no Brasil há um predomínio do processo de educação e saúde, no qual enfatiza a prevenção e a promoção da saúde, assim como, engloba o senso comum com a ciência e permite inserção dos sujeitos em um processo de troca de experiências e aprendizagem mutua. Esses dados ficam evidenciados no presente estudo, pois o total da amostra (100%) afirma que houve troca de experiências entre os participantes e os orientadores do grupo.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo, portanto, revelou resultados significantes para as entrevistadas. Percebeu-se ótimo aproveitamento e satisfação quanto aos assuntos abordados, quanto a troca de experiências entre as participantes e facilitadores, quanto as informações repassadas e que as mesmas ajudaram no momento do parto. As puérperas afirmaram que as oficinas tinham atingindo as expectativas e que recomendariam a atividade educativa para outras gestantes.

A pesquisa teve limitações, houve dificuldade de encontrar horários para a visita domiciliar e acesso aos locais, pois algumas localidades eram de alta periculosidade. Contudo, o diferencial deste estudo está no compartilhamento de informações e protagonismo do profissional de enfermagem no empoderamento da mulher diante do processo de parto e nascimento. É papel do profissional de enfermagem desenvolver atividades educativas e de promoção da saúde, pois além de criar vínculos com o público alvo, no caso do estudo as puérperas, há o compartilhamento de experiências e saberes.

Sugere-se para estudos futuros, implementação de mais assuntos voltados ao momento do parto e que as oficinas sejam levadas a outros locais.

## **REFERÊNCIAS**

1. BASTABLE, S. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF, 2005.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
4. BERNARDES, A.C.F. et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 14, n. 1, p. 266, 2014.
5. BRÜGGEMANN, O.M, EBELE, R.R, EBSSEN, E.S, BATISTA, B.D. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(esp):152-58.
6. CAMILLO, B. S. et al. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(Supl. 6):4894-901, dez., 2016.
7. DINIZ, C. S. G.; et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, Supl.1, p.140-153, 2014.
8. DODOU. H. D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, abr/jun.2014.
9. HAINES H.M; RUBERTSSON C; PALLANT J.F; HILDINGSSON I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*; p.12:55, 2012.
10. LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.30 Sup:S17-S47, 2014.
11. LIMA, J. C. et al. Gestação Vida: oficina educacional para gestantes com abordagem multiprofissional em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Manaus. *Extensão em Foco*, Curitiba: Editora da UFPR, n.10, p.86-101, 2014.
12. MARCONI, M.A, LAKATOS, E.M, Fundamentos de metodologia científica. 5.ed, São Paulo, Atlas S.A, 2003, 310p.
13. PRODANOV, C.C, FREITAS. E.D, METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2.ed. Rio Grande do Sul: Universidade FEEVALE, 2013, 277p
14. REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, jan. 2010.
15. WEIDLE, W.G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução. *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53.
16. VIELLAS. E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, Supl.1, p.85-100, 2014.