



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
CAMPUS REITOR EDGAR SANTOS  
CURSO DE MEDICINA**

**ALÉM DO PARTO: UMA ANÁLISE BIOÉTICA DO PROTAGONISMO DE  
PARTURIENTES**

**Discente: Anne Caroline da Cruz Pereira  
Orientadora: Tânia Aparecida Kuhnen**

**BARREIRAS - BA, DEZEMBRO 2023**

**ANNE CAROLINE DA CRUZ PEREIRA**

**ALÉM DO PARTO: UMA ANÁLISE BIOÉTICA DO PROTAGONISMO DE  
PARTURIENTES**

Trabalho de conclusão de pesquisa apresentado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Oeste da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Médica.

**BARREIRAS - BA, DEZEMBRO 2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

---

P436 Pereira, Anne Caroline da Cruz.

Além do parto: uma análise bioética do protagonismo de parturientes. / Anne Caroline da Cruz Pereira. – 2023.

76f.

Orientador: Prof. Dr. Tânia Aparecida Kuhnen.

Monografia (Graduação) – Bacharelado em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2023.

1. Autonomia relacional. 2. Bioética. 3. Parto humanizado. 4. Parturientes. 5. Protagonismo e sujeito epistêmico. I. Kuhnen, Tânia Aparecida. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 610

---

**Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA**  
**Centro das Ciências Biológicas e da Saúde**  
**Curso de Medicina**

## **ATA DE DEFESA PÚBLICA DA CONCLUSÃO DO TRABALHO DE PESQUISA**

Aos doze dias do mês de dezembro de 2023, às 19:00 horas, em sessão pública no Auditório do Prédio Dois da Universidade Federal do Oeste da Bahia, na presença da Banca Examinadora presidida pela professora Tânia Aparecida Kuhnen e composta pelas examinadoras, professoras Andrea Santana Leone de Souza e Raquel de Paula Alvim, a estudante Anne Caroline da Cruz Pereira apresentou a Conclusão do Trabalho de Pesquisa intitulado: **ALÉM DO PARTO: UMA ANÁLISE BIOÉTICA DO PROTAGONISMO DE PARTURIENTES** como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de Medicina. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela **APROVAÇÃO** do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente à aluna e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim e pelas demais examinadoras.

Documento assinado digitalmente

**gov.br**

**TANIA APARECIDA KUHNEN**

Data: 12/12/2023 21:06:15-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Presidente da Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente

**gov.br**

**ANDREA SANTANA LEONE DE SOUZA**

Data: 13/12/2023 09:59:12-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Andrea Santana Leone

Documento assinado digitalmente

**gov.br**

**RAQUEL DE PAULA ALVIM**

Data: 13/12/2023 11:25:20-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Raquel de Paula Alvim

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos que caminharam junto comigo, é com grande satisfação e emoção que chegamos ao término deste importante capítulo da minha jornada acadêmica. Finalizando este trabalho de conclusão de curso, senti uma mistura de gratidão e realização que é difícil de expressar em palavras.

Gostaria de estender meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram e guiaram ao longo desta jornada desafiadora. A minha orientadora Tânia Kuhnen, agradeço a paciência, sabedoria e orientação a mim dedicadas. Suas contribuições foram fundamentais para moldar esse trabalho e enriquecer meu entendimento.

Aos professores e amigos, Gabriel, Lorena, Lucas e Tauane que compartilharam conhecimentos e experiências comigo, gostaria de dizer que vocês tornaram a jornada acadêmica mais leve, meu reconhecimento profundo. Cada discussão, cada aula e cada troca de ideias contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio incansável da minha família, meus pais, Enicy Vasconcelos e José Roberto Guimarães, que sempre cuidaram de tudo para que a dedicação exclusiva aos estudos fosse possível, sem o apoio de vocês, nada disso aconteceria. Aos meus irmãos Andressa e Allan, avós, em especial Angelita, tios, sobrinho Allan Pedro, minha prima Rafaela e demais familiares, que de alguma forma me ajudaram nessa trajetória. Suas palavras, e atitudes de incentivo e cuidado, me impulsionaram nos momentos desafiadores. Gostaria de agradecer também ao meu Noivo Marcelo, pela paciência em toda essa trajetória e pelas abdições que foram necessárias para chegarmos até aqui.

Ao concluir este trabalho, que é uma pequena contribuição para o campo da saúde, não apenas celebro uma conquista pessoal, mas também reafirmo meu compromisso com a medicina e com o bem-estar daqueles que terei a honra de servir como futura médica.

Mais uma vez, a todos vocês que fizeram parte dessa jornada, meu mais profundo agradecimento. Que possamos continuar a crescer, aprender e fazer a diferença no mundo.

## RESUMO

A assistência pré-natal deveria ser o momento responsável por empoderar e fornecer amparo para execução da autonomia reprodutiva feminina. Essa assistência à saúde da mulher faz parte de um conjunto de direitos humanos sexuais e reprodutivos, geridos por diretrizes que buscam garantir atendimento humanístico. Porém, a institucionalização do parto trouxe alguns impactos negativos na vida da parturiente, envolvendo a medicalização da assistência ao parto, com altas taxas de intervenções desnecessárias, o que tornou o ato de parir, uma experiência frustrante para muitas mulheres, fazendo com que elas não se enxerguem como protagonistas do próprio parto. O trabalho teve como objetivo compreender a experiência de protagonismo das mulheres durante o processo do parto em meio a atuação das equipes de saúde. Através de revisão bibliográfica de artigos científicos, compreendidos entre o período de 2021 e 2023; e documental. Analisando subjetivamente, os fenômenos que podem impactar, positiva e negativamente no protagonismo de parturientes. Os resultados obtidos indicam que às parturientes, muitas vezes, não é assegurado o protagonismo no parto e três fatores desempenham um papel crucial na transformação da experiência das parturientes, permitindo que elas assumam um papel mais ativo no processo, a saber, a importância de um pré-natal de qualidade, a necessidade de atualização nos cuidados obstétricos, evitando o uso de técnicas ultrapassadas, e o papel de apoio e acolhimento, da equipe médica e dos acompanhantes. Estes elementos emergem como impulsionadores essenciais para promover o protagonismo das parturientes.

**Palavras-chave:** autonomia relacional; bioética; parto humanizado; parturientes; protagonismo e sujeito epistêmico.

## ABSTRACT

A prenatal care should be the moment responsible for empowering and providing support for the execution of female reproductive autonomy. This women's health care is part of a set of sexual and reproductive human rights, governed by guidelines that seek to ensure humanistic care. However, the institutionalization of childbirth has brought some negative impacts on the life of the woman in labor, involving the medicalization of childbirth assistance, with high rates of unnecessary interventions, making the act of giving birth a frustrating experience for many women, causing them not to see themselves as protagonists of their own childbirth. The aim of this study was to understand the experience of women's protagonism during the childbirth process amid the actions of healthcare teams. Through a literature review of scientific articles, spanning the period from 2021 to 2023, and documentary analysis, the study subjectively analyzed phenomena that can impact positively and negatively on the protagonism of women in labor. The results indicate that women in labor are often not assured protagonism in childbirth, and three factors play a crucial role in transforming the experience of women in labor, allowing them to take a more active role in the process, namely, the importance of quality prenatal care, the need for updating obstetric care, avoiding the use of outdated techniques, and the role of support and empathy from the medical team and companions. These elements emerge as essential drivers to promote the protagonism of women in labor.

**Key words:** relational autonomy; bioethics; humanized childbirth; parturients; protagonism; and epistemic subject.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	6
<b>1.1. PROBLEMA</b>	10
<b>1.2. HIPÓTESES</b>	10
<b>1.3. OBJETIVOS</b>	10
1.3.1. Objetivo geral	10
1.3.2. Objetivos específicos	10
<b>1.4. JUSTIFICATIVA</b>	11
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	13
2.1. O referencial bioético da teoria principialista e a atuação dos profissionais de saúde a partir do respeito a autonomia	13
2.2. Bioética feminista e autonomia relacional	17
2.3. Bioética de inspiração feminista e questões epistemológicas: A parturiente como sujeito epistêmico	20
2.4. A centralidade do protagonismo da mulher no parto	26
2.5. SUS e políticas de saúde	28
2.6. O papel das equipes de saúde obstétricas e a percepção das parturientes	30
<b>3. METODOLOGIA</b>	34
<b>3.1. Delineamento tipo do estudo</b>	34
3.1.1. Estudo Qualitativo	34
3.1.2. Estudo Comparativo	34
3.1.3. Pesquisa documental e bibliográfica	35
<b>3.2. Critérios de elegibilidade</b>	35
3.2.1. Critérios de inclusão e exclusão	35
3.2.2. Coleta e análise dos dados	35
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	37
4.1. Assistência pré-natal na promoção do protagonismo de parturientes	41
4.2. Práticas “tradicionais” e seus impactos no reconhecimento das parturientes como sujeitas epistêmicas	45
4.3. A interação entre a equipe de saúde, a paciente e o acompanhante na composição de um ambiente propício à tomada de decisões autônomas	55

<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
<b>6.</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O protagonismo do gênero feminino, sempre foi um desafio em todos os âmbitos da sociedade. Os espaços que hoje foram conquistados pelas mulheres, são resultados de revolução, persistência e luta. Na assistência à saúde não é diferente, pois o protagonismo das mulheres, especialmente em questões relacionadas à saúde reprodutiva e sexual, só é possível, quando elas recebem conhecimento suficiente para entender todos os processos pelo quais podem passar, de forma clara e ética, possibilitando tomadas de decisões de forma consciente, daquilo que consideram melhor para si mesmas. Além disso, sua decisão precisa ser respeitada para que exista o protagonismo pleno (SILVA *et al.*, 2021).

Neste trabalho, entendemos protagonismo como a centralidade da paciente nas decisões relativas ao cuidado de sua saúde, respeitando suas preferências e individualidade. Isso implica que, as pacientes desempenham um papel ativo e prioritário na determinação do rumo das ações de cuidado, em vez da tradicional posição de receptor passivo de cuidados médicos (“Protagonismo - Dicio, Dicionário Online de Português”, [s.d.]).

Diversos aspectos são essenciais, para que a paciente possa assumir o papel de protagonista no contexto da parturição, foco central deste estudo. A participação ativa na tomada de decisões é fundamental, reconhecendo a parturiente como um sujeito epistêmico, com voz ativa a ser ouvida pelos profissionais da saúde, e capaz de contribuir de maneira significativa para as decisões relacionadas à sua saúde. A comunicação eficaz, desempenha um papel importante e envolve a capacidade de se utilizar de uma linguagem simples e honesta, estabelecendo uma relação de confiança, na qual as pacientes têm espaço para fazer perguntas e receber respostas esclarecedoras.

O acesso à informação, também é imprescindível, na capacidade da paciente de tomar decisões conscientes. As pacientes devem ter acesso a informações sobre seu estado de saúde, alternativas terapêuticas, riscos e benefícios. Outro aspecto é a preparação da parturiente, através do acesso a conhecimento atualizado e de qualidade, bem como o desenvolvimento de habilidades necessárias, para promover sua autonomia, processo este denominado de empoderamento. O empoderamento é um processo crucial para conquista da equidade entre as pessoas (AZEVEDO, 2019).

E na parturição é fundamental para capacitar as mulheres a ocuparem o papel de protagonistas, que nunca deveriam ter perdido.

Uma vez que vivemos em sociedade, todos esses aspectos só podem ser concretizados quando existe uma rede de indivíduos comprometidos em facilitar a prática do protagonismo. Apenas a vontade individual não é suficiente para superar as ideias preconcebidas, ou as práticas tradicionais, que tratam o paciente como um mero receptor passivo de cuidados. Cabe aos profissionais de saúde, indivíduos ideologicamente capacitados, teórico e eticamente, julgar a possibilidade de respeitar as decisões da paciente, e quando isso não for possível, justificar quais motivos o impossibilitaram (BACHILLI; ZIRBEL; HELENA, 2021).

Na obstetrícia, a assistência pré-natal deveria ser o momento responsável por empoderar e fornecer conhecimentos necessários para a execução da autonomia reprodutiva das mulheres. A assistência pré-natal, é o conjunto de cuidados destinados às mulheres, que pretendem engravidar e/ou durante a gravidez, até o pós-parto, cuidados esses que se estendem ao feto. Alguns dos seus objetivos são: planejamento familiar, aconselhamento genético, prevenção de complicações e identificação precoce de fatores de risco, bem como sanar as dúvidas das parturientes, preparando-as para o trabalho de parto, a fim de criar e fortalecer elos de confiança, indispensáveis para uma boa relação profissional e paciente (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS), fornece o pré-natal de forma gratuita a todas as mulheres que desejam esse acompanhamento, enquanto parte de um conjunto de direitos humanos sexuais e reprodutivos. Os atendimentos são geridos por diretrizes, que buscam garantir atendimento humanístico. Por esse motivo, esses parâmetros devem assegurar o aperfeiçoamento, tanto no acolhimento dessas mulheres, quanto das ações educativas, bem como destacar os impactos negativos do intervencionismo desnecessário (VIELLAS *et al.*, 2014).

Um importante marco na assistência pré-natal, foi a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, para suprir necessidades específicas da gestante e do recém-nascido, a partir de indicadores como o de mortalidade materna, peri e neonatal, além da ampliação do acesso e melhora na qualidade do serviço prestado. O programa foi criado com o objetivo de ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde, e assim garantir uma melhoria do acesso, sob a visão dos direitos à cidadania (BRASIL, 2002).

Para compreender o cenário obstétrico atual, e o quão necessárias são essas diretrizes, cabe lembrar que o parto precede a humanidade, isto é, as mulheres sempre pariram e o ato de parir depende essencialmente da mulher. Por muito tempo, tinha-se o auxílio das parteiras, mulheres que conheciam de forma literal a experiência do parto, suas dores, sensações e angústias, formada pela sapiência, passada entre gerações. Muitas vezes, as parteiras compartilhavam o convívio social com as parturientes, o que significava um ponto de segurança, apoio e confiança em um momento tão singular (BACHILLI; ZIRBEL; HELENA, 2021).

Com as transformações da sociedade, sob influência da modernização e avanço das tecnologias, o ato de parir também sofreu modificações. O parto foi levado para o hospital, reduzindo assim os índices de infecções e complicações durante o parto. Essa foi a justificativa principal para tal mudança, “tornar o parto seguro” (ROCHA; FERREIRA, 2020). Porém, a institucionalização do parto, trouxe outros impactos na vida das parturientes, à medida que se promoveu a medicalização da assistência ao parto, a gestação passou a ser enxergada como doença, contribuindo com o fomento da crença do corpo frágil e doente, incapaz de parir naturalmente, e principalmente, dependente do auxílio médico.

A mulher passou a receber atendimento prioritariamente masculino, com altas taxas de intervenções desnecessárias, a exemplo da episiotomia, da manobra de Kristeller, do uso da ocitocina para aceleração do parto, uso de fórceps sem real necessidade, aumentando os índices de mortalidade. Além disso, promove-se a violência psicológica, por meio de diversas práticas, por exemplo: 1) uso da imobilização e a prática de grosserias e xingamentos; 2) recusa da presença do acompanhante, o que fere a Lei 11.108/2005, que trata da garantia às parturientes da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS; 3) a recusa na admissão hospitalar/maternidade, o que desrespeita a Lei 11.634/2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2005, 2007).

Diante desse contexto de institucionalização do parto, com intervencionismo exagerado, tornou o ato de parir uma experiência frustrante para muitas mulheres, fazendo com que elas não se enxerguem como protagonistas do próprio parto (ROCHA; FERREIRA, 2020). Isso permite questionar a conduta ética dos profissionais

de saúde que atuam na área obstétrica e prestam atendimento a essas mulheres no momento do parto.

No desenvolvimento das competências e habilidades dos profissionais de saúde, é fundamental que suas práticas e serviços, estejam alicerçados em princípios éticos e bioéticos. Isso significa que, a responsabilidade na prestação de cuidados em saúde, não deve se limitar apenas ao aspecto técnico. Em vez disso, destaca-se a importância de profissionais éticos, que possam compreender não apenas os processos fisiológicos dos seres humanos, mas também os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais que afetam tanto o indivíduo, quanto a comunidade, no contexto do processo saúde-doença. Isso porque a ética permite trabalhar princípios de democracia, responsabilidade social, solidariedade humana, entre outros conhecimentos, que refletem positivamente no convívio em sociedade, refletindo assim antes de profissionais, indivíduos sociais éticos (BRASIL, 2001; CARNEIRO *et al.*, 2010).

Todas essas questões, reforçam a necessidade de receber a mulher, seus acompanhantes e o recém-nascido com dignidade e ética. São relevantes o reconhecimento, a escuta e a valorização das mulheres como sujeitos epistêmicos, que conhecem seu corpo, limites e desejos, mais que qualquer outra pessoa (MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2015). Nesse sentido, Ribeiro (2017) discute a necessidade do reconhecimento do sujeito e a inconveniência do indivíduo ter que impor a própria existência, numa sociedade que insiste em negá-la. A autora aborda ainda, como o privilégio social está associado ao privilégio epistêmico, estruturando um conhecimento como dominante e único válido. No contexto das parturientes, isso pode se traduzir na falta de validação de seus conhecimentos, experiências e desejos durante o processo de parto, classificando o conhecimento do médico como superior e mais válido em detrimento ao conhecimento do próprio corpo, pela parturiente, o que resulta na repressão do que deveria ser o elemento central nesse momento.

Dessa forma, esta pesquisa pretende revisar artigos e documentos voltados para o protagonismo de parturientes, e assim, discutir o cenário da assistência ao parto descrito nos trabalhos selecionados, enquanto possibilidade de maior conscientização, tanto entre as parturientes, incentivando o empoderamento, quanto entre os futuros profissionais que almejam atuar nessa área.

## **1.1. PROBLEMA**

Como a configuração do ambiente de assistência obstétrica influencia a capacidade das parturientes de exercerem o protagonismo durante o processo de parturição?

## **1.2. HIPÓTESES**

O presente estudo parte de duas hipóteses, quais sejam:

- Os profissionais de saúde, que trabalham na área obstétrica, frequentemente não aplicam seu conhecimento ético-profissional, para auxiliar no desenvolvimento da autonomia da parturiente, e capacitá-la para tomar decisões, negligenciando seu protagonismo. Isso resulta em um ambiente de parto que, muitas vezes gera insegurança nas mulheres.

- Embora existam referenciais bioéticos, políticas, leis e programas destinados a proteger as parturientes e seus bebês, na prática, essas mulheres ainda enfrentam desafios em razão da desigualdade de gênero e por não serem reconhecidas como sujeitos que conhecem seus corpos, o que coloca em questão seu protagonismo.

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GERAL**

Compreender a experiência de protagonismo das mulheres durante o processo do parto em meio a atuação das equipes de saúde.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Compreender a importância da assistência pré-natal para a promoção do protagonismo de parturientes.
- Analisar como práticas tradicionais de assistência ao parto-tecnocráticas e padronizadas - afastam a possibilidade de reconhecimento das parturientes como sujeitas epistêmicas.

- Investigar em que medida as relações entre profissionais da equipe obstétrica, familiares e as parturientes formam um contexto adequado para a tomada de decisões autônomas.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA

É de suma importância analisar os fatores que impactam o protagonismo das parturientes, e a influência da bioética na prática dos profissionais que prestam esses cuidados, especialmente no contexto da sociedade brasileira. O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), com taxa de aproximadamente 55% dos partos sendo realizados por meio desse procedimento, enquanto a recomendação é de apenas 15%.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) estima que na rede privada, esse percentual chegue a 90%. A cesariana sem indicação evidente, está associada a um risco aumentado de resultados maternos adversos a curto prazo (FEBRASGO, 2018). A exposição de mulheres a uma cirurgia desnecessária, se explica pela rapidez da resolução de um parto via cesariana, em contrapartida há horas de trabalho de parto por via vaginal.

Em 2021, a OMS escolheu o tema “Cuidado materno e neonatal seguro” para o dia mundial de segurança do paciente, promovendo discussão no mundo todo, com elaboração de medidas que melhorem os cuidados destinados a esse público. No Brasil, a formação da Aliança Nacional para o Parto Seguro e Respeitoso (APPSR), constituída por cerca de 50 entidades, elaborou uma carta de compromisso nacional, pela garantia do parto seguro e respeitoso, e pela redução da mortalidade maternal e neonatal (APPSR, 2021).

A OMS, juntamente com a iniciativa, *The Ending Preventable Maternal Mortality*, lançaram cinco metas globalmente críticas para assegurar a saúde materna e neonatal, que devem ser alcançadas até 2025. Essas metas, englobam o aumento do número de consultas pré-natais, visando atingir oito consultas até 2030. Atualmente, no Brasil, a média de consultas pré-natais para aquelas acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são de seis consultas. Além disso, uma das metas é que 90% dos partos sejam realizados por equipes de saúde qualificadas.

Outro objetivo, é garantir que 80% das mulheres recebam cuidados pós-natais dentro de dois dias após o parto. A quarta meta visa assegurar que 60% da população tenha acesso a cuidados obstétricos de emergência. Por fim, a quinta e última meta almeja que 65% das mulheres sejam capazes de tomar decisões informadas e empoderadas, sobre relações sexuais, uso de anticoncepcionais e sua saúde reprodutiva (WHO, 2021).

O trabalho é relevante, por pretender fomentar o desenvolvimento do pensamento crítico, incentivando tanto profissionais, quanto parturientes, a questionarem práticas que foram normalizadas em cuidados de saúde no parto, mas que podem infringir o reconhecimento das mulheres, como sujeitas autônomas e autoridades epistêmicas. Além disso, a inclusão da discussão sobre ética em temas médicos, como é o caso deste estudo, possibilita a análise de casos ou situações, que envolvam dilemas bioéticos, de uma perspectiva mais ampla, como quem observa o conflito de fora. Isso nos permite contemplar as complexidades dessas questões, e nos incentiva a refletir sobre como abordar esses dilemas de forma ética.

Estudos como esse, podem servir como impulso para mudanças significativas na qualidade dos cuidados de saúde, no acesso a tratamentos, e na proteção do protagonismo do paciente. Essas mudanças, têm o potencial de abrir caminho para melhorias que beneficiam toda a sociedade, garantindo que a assistência médica, seja prestada de maneira mais justa, equitativa e alinhada com os valores compartilhados pela comunidade.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. A TEORIA PRINCIPALISTA DA BIOÉTICA E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DO RESPEITO À AUTONOMIA

A bioética principialista é um dos modelos de referenciais teóricos mais utilizados e discutidos, principalmente no ambiente de assistência à saúde. Elaborada com objetivo de estabelecer normas morais, relacionadas com a proteção dos indivíduos e sociedade, foi consolidada através de quatro princípios básicos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (SOTO, 2019).

Em 1978, após sucessões de escândalos causados pelos experimentos da medicina em seres humanos, cujos registros remontam ao início da Segunda Guerra Mundial, produzindo danos irreversíveis e até a morte, foi apresentado o Relatório Belmont, como resultado de uma comissão designada pelo Congresso Norte-Americano em 1974. Esse documentou resultou na indicação dos princípios de respeito pelas pessoas, beneficência e justiça como parâmetros básicos para guiar a pesquisa com seres humanos (KOTTOW, 2008).

Ainda em 1978, o filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress, que colaboraram com a elaboração do Relatório Belmont, publicam o livro *Principles of Biomedical Ethics* (Princípios da Ética Biomédica), ampliando o uso dos princípios básicos, com o estabelecimento de abordagem aos dilemas e problemas bioéticos, que surgem nos cuidados a saúde dos indivíduos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). Os autores desmembram os três princípios fundamentais do Relatório — respeito às pessoas, beneficência e justiça — em quatro princípios *Prima Facie* igualmente relevantes: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

De forma sucinta, a autonomia diz respeito ao direito que o paciente tem, sobre a sua própria vida, e ao dever do profissional em respeitá-la. A beneficência refere-se à obrigação do profissional de saúde, como indivíduo adequadamente formado, dotado de conhecimento teórico e ético, capaz de gerar ato benéfico ao paciente, potencializando os benefícios e atenuando os malefícios. A não-maleficência parte da premissa de não causar mal ao outro, não infligir danos de forma intencional. Por fim, considera-se justiça oferecer a cada indivíduo, aquilo que necessita; é o exercício de equidade e da adaptação das regras a um caso específico (POST, 2004).

Os conceitos de bioética e autonomia, estão intrinsecamente relacionados e são considerados fundamentais, especialmente no contexto da prática médica. Eles devem ser cuidadosamente considerados, quando se trata de tomar decisões éticas na área da saúde, especialmente aquelas em que, o indivíduo é capaz de exercer sua autonomia. O princípio basilar da autonomia, garante o reconhecimento e respeito pelo outro, como um indivíduo ativo e capaz. Isso envolve a valorização das contribuições e preferências da pessoa em relação à sua própria saúde e tratamento (UGARTE; ACIOLY, 2014).

A autonomia envolve a capacidade inerente do indivíduo, de governar a si mesmo, tomando decisões fundamentadas, com base nas informações à sua disposição, em questões que envolvem sua própria vida, incluindo a esfera da saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). Isso implica ter acesso às informações adequadas, sobre as alternativas disponíveis, compreendê-las plenamente, e desfrutar da liberdade de escolher entre essas opções, de acordo com seus próprios valores e desejos. Esse conceito é fundamentado na ideia de que ninguém além do próprio indivíduo, colherá os resultados de suas escolhas, tornando-o a autoridade mais qualificada para determinar o que é melhor para si, dentro das opções à disposição (MACHADO *et al.*, 2010).

O princípio da autonomia demanda autogoverno do indivíduo, sobre suas escolhas e atos. Isso significa que, os profissionais de saúde devem, sempre que possível, respeitar as vontades e decisões do paciente, assim como seus valores morais e crenças, reconhecendo-o como sujeito epistêmico, isto é, capaz de participar do processo de construção do conhecimento, e tomada de decisões. Ignorar a autonomia do indivíduo, implica no não reconhecimento de sua identidade (FERNANDES, 2010).

Uma das preocupações, relacionadas ao respeito à autonomia, é proteger o paciente de ações paternalistas. Existe uma prática médica antiga, inspirada no juramento de Hipócrates, considerado o pai da medicina, que consiste na beneficência impositiva. Essa prática, denominada de paternalismo médico, delimita ao médico a tomada de decisões sobre a vida do paciente, a intenção é fazer o bem, mas as preferências individuais são ignoradas, limitando o exercício da autonomia individual (BEIER; IANNOTTI, 2010).

Goldim (1998) organizou um compilado de definições, sobre o paternalismo médico, que ajuda a entender melhor esse comportamento. Na abordagem bioética,

em que todos os princípios básicos são importantes, as ações paternalistas antepõem o princípio de beneficência, em detrimento da autonomia. Além disso, o paternalismo atribui à ciência médica, como a solução para tudo, isso é um tanto problemático, porque desconsidera diversidade de valores, além de violar a coexistência pacífica dos princípios fundamentais da bioética (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Feinberg (1971) propôs a distinção entre paternalismo fraco, quando envolve indivíduos com alguma restrição de capacidade, seja ela permanente ou temporária, e paternalismo forte, quando envolve indivíduos integralmente aptos. Luna (1995) defende que o paternalismo fraco, pode ser justificado, até mesmo ser eticamente necessário, em situações que envolvam indivíduos incapazes. Beauchamp e Childress (1994) também distinguiram as diferentes formas do paternalismo. O paternalismo fraco, envolve o profissional agindo como conselheiro, respeitando a autonomia do paciente. Já o paternalismo forte é autoritário, o profissional tomando decisões em benefício do paciente, sem considerar suas preferências.

As decisões dos profissionais de saúde geralmente são racionais, norteadas pelas definições biológicas a respeito da origem e significado da vida, muitas vezes divergindo da visão de mundo dos pacientes. Por esse motivo, desconsiderar a opinião do paciente é antimoral e anti-humano, constituindo conduta unilateral, ainda que possam ser justificadas, em nome da beneficência. Nesse sentido, Silva (2010) expõe que quanto mais consolidada for a relação do médico com o paciente, mais assertiva será a decisão médica de não causar dano, oportunizando benefícios.

Questões delicadas relacionadas ao fim da vida, como a recusa de tratamentos e a opção por cuidados paliativos, destacam a autonomia em seu papel fundamental. Os profissionais de saúde, com todo o seu conhecimento sobre o corpo humano, estão encarregados de cuidar e tratar não apenas o corpo, mas também o indivíduo como um todo. Esse indivíduo possui um papel na sociedade, tem suas preferências, dores e crenças, os quais devem ser levados em consideração. É evidente a necessidade de transformação do modelo de assistência à saúde, com redirecionamento da atenção para o paciente, além de elaboração de estratégias que minimizem a prática da injustiça epistêmica. Segundo Fricker (2017), o termo “injustiça epistêmica” refere-se à ação de ignorar a queixa, reivindicação ou contribuição de uma pessoa ou grupo, causando danos que, por sua vez, também são ignorados.

Um estudo publicado por Sens e Stamm (2019) denotou a visão de alguns profissionais médicos, sobre as dimensões da violência obstétrica, evidenciando que

algumas práticas não são consideradas ou percebidas como violentas pelos profissionais, sendo reproduzidas e classificadas como necessárias, levando à banalização da violência obstétrica. Esse comportamento é típico do paternalismo, uma característica ainda presente na dinâmica entre médicos e pacientes, aproximando-se muito, do paternalismo forte. Nesse contexto, o médico assume a posição do detentor exclusivo do conhecimento, moldando toda sua conduta, como necessária e supostamente voltada para o bem do paciente, porém, ignora todas as variantes que cada paciente carrega consigo.

Os pacientes, todavia, têm o direito de tomar decisões sobre como desejam que a manutenção da sua saúde seja gerenciada, da mesma forma que, gerenciaram a maior parte de suas vidas, quando estavam desfrutando de plena saúde. É fundamental respeitar e honrar essas escolhas, reconhecendo a singularidade de cada pessoa, e garantindo que elas tenham o controle sobre o seu destino, durante fases delicadas, como é a parturição (UGARTE; ACIOLY, 2014).

Importa salientar que, a percepção da autonomia, é moldada pela influência cultural do ambiente. Algumas culturas podem enfatizar a tomada de decisões coletivas ou familiares, enquanto outras privilegiam a autonomia individual na tomada de decisões. A compreensão cultural da autonomia, deve ser considerada e respeitada na prática médica (UGARTE; ACIOLY, 2014).

Em suma, a autonomia é um conceito central na bioética, que possibilita o exercício do direito dos pacientes, de tomar decisões sobre sua própria saúde. A bioética enfatiza o respeito pela autonomia, como um dos princípios fundamentais que guiam a prática médica ética e informada. Inclusive o respeito à autonomia, é respaldado pelo Código de Ética Médica Brasileiro, que proíbe os médicos de desrespeitarem o direito do paciente, ou de seu representante legal, de tomar decisões livres, a respeito de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, exceto em situações de iminente risco de morte (BRASIL, 1988).

Esse princípio, reconhece a importância de garantir que os pacientes tenham o controle, sobre as decisões que afetam sua saúde, levando em consideração suas crenças, valores e preferências individuais, e está relacionado com o processo de emancipação do indivíduo, em direção à sua autodeterminação. No entanto, é fundamental lembrar, que a autonomia não é um princípio absoluto, e pode ser ponderada em casos em que, a capacidade de decisão do paciente está comprometida, visando sempre o bem-estar do paciente e o respeito à sua dignidade.

Portanto, a busca pelo equilíbrio, entre a autonomia e outros princípios éticos, é essencial para uma prática médica ética e compassiva (MACHADO *et al.*, 2010). A prática do respeito à autonomia do paciente, contrasta com o modelo tradicional de atendimento paternalista, antes predominante, no qual todas as decisões relativas ao tratamento são tomadas unilateralmente pelo médico (FADEN, 1986).

## 2.2. BIOÉTICA FEMINISTA E AUTONOMIA RELACIONAL

Sob influência do movimento e do pensamento feminista no Brasil, a bioética feminista busca promover, relações colaborativas e de confiança entre médicos e pacientes, criando ambientes menos ameaçadores, para que as mulheres e outras minorias, expressem suas necessidades, valorizando as escolhas das mulheres, a partir de seus contextos de vida, nas decisões de saúde. A bioética feminista procura romper com a perspectiva etnocêntrica das teorias principialistas, contestando estruturas de privilégio, e abordando questões como opressão social e desigualdade de poder, as quais influenciam nas decisões de saúde. Essas análises comprometem-se em ampliar reflexões, para incluir diversas vozes morais, alertando sobre o risco de instrumentalização da bioética, para legitimar interesses dominantes, em vez de reconhecer a riqueza e diversidade de perspectivas éticas na humanidade (DINIZ; GUILHEM, 2000).

As principais diferenças entre a bioética feminista e a bioética principialista, decorrem fundamentalmente, de suas abordagens ideológicas. A bioética principialista, parte da pretensão de validade universal da proposta teórica, tende a negligenciar as diferenças individuais e contextuais de cada pessoa, com seu foco no individualismo liberal, que frequentemente obscurece a importância dos grupos sociais. Além disso, ela tende a preferir a aplicação prática em espaços institucionais, como governos, escolas de medicina e hospitais. Como resultado dessa perspectiva dentro da estrutura de pensamento bioético principialista, apenas algumas vozes e interesses são considerados e incluídos na agenda bioética, enquanto outros são negligenciados (DINIZ; GUILHEM, 2000).

A bioética feminista, destaca a importância de incorporar as vozes de mulheres e grupos marginalizados, em discussões éticas sobre saúde, especialmente em decisões médicas impactantes na saúde reprodutiva, contracepção, aborto e outras questões sensíveis. Ela se dedica a assegurar que, grupos historicamente

negligenciados, façam parte integral das discussões éticas, abordando uma ampla gama de questões bioéticas, sempre comprometida em equilibrar os interesses de indivíduos e grupos que enfrentam vulnerabilidades sociais (DINIZ; GUILHEM, 2000).

Examinar o poder e as desigualdades de gênero, no acesso aos cuidados de saúde, envolve questionar como as normas e estruturas sociais afetam as decisões e tratamentos médicos, considerando o contexto social, econômico e cultural. Reconhecer que as escolhas de saúde, são moldadas por fatores sociais, é crucial, destacando que nem todas as mulheres, têm igual capacidade de decidir autonomamente sobre sua saúde. Diniz e Guilhem (2000) ressaltam a dificuldade de debater princípios éticos absolutos, como autonomia e liberdade, em contextos de profunda desigualdade social. A bioética feminista busca analisar, discutir e criar mecanismos éticos de intervenção, para abordar várias formas de desigualdade social, visando reparar a vulnerabilidade moral e tornar esses princípios éticos mais eficazes e humanos (DINIZ; GUILHEM, 2000).

Entre as contribuições da bioética feminista, tem-se a revisão do conceito de autonomia. Enquanto a abordagem principialista se concentra na capacidade individual de tomar decisões, a autonomia relacional leva em consideração os complexos contextos sociais, culturais e relacionais, em que essas decisões são tomadas. Reconhecendo que as decisões de saúde, não são tomadas em um vácuo, mas são influenciadas por diversos fatores, como relacionamentos familiares, culturais e sociais. Isso significa que a autonomia de um indivíduo, pode ser afetada pelas pressões e valores de sua comunidade, família ou grupos sociais (LANG, 2023).

A autonomia relacional ressalta ainda, a relevância de estabelecer relações colaborativas entre médicos e pacientes, fomentando a tomada de decisões compartilhadas, que incorporam tanto as informações médicas quanto os valores e desejos do paciente. Essa abordagem promove o diálogo e a construção de confiança entre médicos e pacientes, alcançando seu potencial máximo em uma relação sólida, e bem estabelecida, reconhece que normas de gênero, estruturas patriarcais e as desigualdades sociais, podem limitar a capacidade das mulheres, de tomar decisões verdadeiramente autônomas, sob o peso de pressões sociais e familiares que podem impactar suas decisões de saúde (LANG, 2023).

Essas análises críticas dentro do campo da bioética, remetem à importância de entender e reconhecer os momentos em que a autonomia individual, pode ser obscurecida pela influência coercitiva da sociedade. Esse entendimento, realça um

aspecto da perspectiva política, subjacente ao conceito de vulnerabilidade. Por exemplo, muitas mulheres, por diversas razões, acabam por submeter-se a procedimentos médicos invasivos, como parte de sua jornada para se tornarem mães, frequentemente como uma resposta à pressão social, que define o que é esperado das mulheres em nossa cultura. Embora essas mulheres, aparentemente expressem um desejo pessoal, muitas vezes esse desejo, é mais um reflexo das normas sociais internalizadas, do que uma manifestação autêntica e legítima do seu desejo. Isso destaca a vulnerabilidade moral das mulheres, diante das convenções culturais (DINIZ; GUILHEM, 2000).

Diniz e Guilhem (2001) referem Susan Wolf para argumentar que:

Os princípios e as salvaguardas da bioética não parecem ser aplicados igualmente para todos/as. Desenvolveu-se uma bioética voltada para a pessoa com acesso ao serviço de saúde e com um corpo médico disposto a escutá-la, compreendê-la e respeitá-la como pessoa, esta é uma bioética para privilegiados. (WOLF apud DINIZ E GUILHEM, 2000, p. 3).

Ao mencionar "uma bioética para privilegiados", tem-se que essa abordagem ética, é mais acessível e benéfica para aqueles que estão em uma posição socialmente privilegiada, enquanto outros, podem não receber o mesmo nível de consideração e respeito, em questões de saúde. Com base nisso, é possível afirmar que, para aqueles que enfrentam vulnerabilidades sociais, muitas vezes, resta apenas o reconhecimento silencioso, de sua posição ética precária. Em situações extremas, esses princípios inclusive, podem ser usados de forma prejudicial aos interesses de pessoas vulnerabilizadas.

Um exemplo hipotético que ilustra essa questão é a seguinte: uma gestante, recebe o diagnóstico de má formação fetal, feto anencéfalo, o que torna o aborto uma opção permitida. O médico então consulta a paciente sobre sua decisão. Recorrendo ao princípio da autonomia, a escolha da paciente deve ser respeitada em relação ao seu tratamento médico. No entanto, a paciente pode se encontrar em uma posição de vulnerabilidade, devido à sua idade, fragilidade e falta de conhecimento científico. Nesse cenário, podem surgir pressões externas, seja da família ou até mesmo da equipe médica, para que a paciente tome decisões, que podem não ser necessariamente as melhores para ela. Essas pressões, podem influenciar

negativamente, a capacidade da paciente de tomar uma decisão informada, e baseada em suas próprias preferências e circunstâncias.

Neste caso, não seria uma “autonomia verdadeira”, por ser interpretada e aplicada de maneira que não necessariamente respeite o bem-estar, e o desejo real da paciente, mas sim atenda a interesses externos, o que é prejudicial para a pessoa envolvida (DINIZ; GUILHEM, 2000). Ainda que Beauchamp e Childress (1994) afirmem que a autonomia implica em decisões livres, sem coerção ou interferência indevida de fatores externos, os autores se referem mais às influências individuais, e não tanto sobre como fatores de opressão estrutural podem limitar as escolhas autônomas.

Em síntese, a bioética feminista destaca a importância da autonomia relacional, ao examinar as complexidades das decisões em saúde, sob a perspectiva de gênero e das relações sociais. Essa abordagem, que presta atenção aos detalhes que moldam atitudes autônomas, procura dar voz às experiências das mulheres, garantindo que as decisões de saúde sejam informadas, respeitadas e contextualizadas.

Discutir a autonomia relacional no contexto da parturição portanto, é necessário para promover a participação ativa e o protagonismo das mulheres durante o parto. Esse conceito, refere-se à capacidade de tomar decisões, dentro de relacionamentos e interações sociais, respeitando a autonomia da mulher, como sujeito ativo e informado no processo de parto. Trata-se de dar espaço para autonomia relacional, criar um ambiente que capacite as mulheres a expressarem suas preferências, tomar decisões, e colaborar com a equipe de saúde, reconhecendo a importância da comunicação aberta, do respeito às escolhas da parturiente e da promoção de uma parceria colaborativa.

### 2.3. BIOÉTICA DE INSPIRAÇÃO FEMINISTA E QUESTÕES EPISTEMOLÓGICAS: A PARTURIENTE COMO SUJEITO EPISTÊMICO

Nas últimas décadas, pesquisadoras têm questionado o modelo tecnocrático de assistência ao parto, prevalente no Brasil e em outros países, e as bases epistêmicas que sustentam as decisões e ações no campo da obstetrícia cotidiana, assentadas na autoridade tradicionalmente atribuída, ao detentor do conhecimento científico, em tese, o médico. Também se questiona as abordagens padronizadas e

generalizáveis, que costumam fundamentar as decisões e ações na área (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

Esse modelo, é uma consequência da medicina, que se baseia na autoridade científica. Curiosamente, a maioria dos procedimentos obstétricos, não se apoia em evidências científicas sólidas. Essa autoridade, é em grande parte, construída através do uso da tecnologia, e implementada por meio de grandes instituições, que frequentemente seguem estruturas patriarcais. Tudo isso acontece, em um contexto econômico, que tem o lucro como orientação principal (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

Como resultado, o modelo tecnocrático, atribui a autoridade e a responsabilidade pelas escolhas e decisões ao profissional de saúde, em detrimento da parturiente. Isso se traduz em um modelo que muitas vezes é inflexível e pouco aberto a outras abordagens de assistência ao parto. Ao longo da história, a predominância dessas autoridades na assistência ao parto, levou à divisão entre a obstetrícia não cirúrgica, geralmente exercida por parteiras, e a obstetrícia intervencionista, que se concentra em partos complicados, que requerem técnicas cirúrgicas (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

Mortelaro e Cirelli (2021) fazem referência aos modelos alternativos de assistência ao parto, delineados por Robbie Davis-Floyd, a saber: o modelo holístico e o modelo humanizado. Enquanto o modelo tecnocrático considera o corpo como uma máquina, o modelo humanizado busca ressignificar o corpo, passando a compreendê-lo como um organismo. Por sua vez, o modelo holístico enfatiza a conexão entre corpo, mente e espírito, e define o corpo como um campo de energia em constante interação com outros campos energéticos. Nesse contexto, é de extrema importância refletir sobre os princípios epistemológicos, que deveriam sustentar um modelo de assistência ao parto, considerando as necessidades de cada corpo parturiente, bem como seu contexto específico no tempo e no espaço. Torna-se, portanto, essencial retornar às experiências concretas de assistência ao parto, contrapondo-se às prescrições e idealizações, que muitas vezes não refletem a realidade da maioria dos corpos de mulheres (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

Ao ignorar todos esses aspectos individuais na parturição, o profissional corre o risco de praticar injustiça epistêmica, que pode ser dividida em dois tipos. A primeira é a injustiça testemunhal, onde o preconceito do ouvinte, invalida o discurso do indivíduo, simplesmente pelo indivíduo ser quem ele é. Inclui-se todos os tipos de

preconceito existentes nas sociedades, com predomínio de alguns como, gênero, condição socioeconômica, etnia, entre outros. A segunda é a injustiça hermenêutica, que se relaciona muito com o tema discutido neste trabalho, resultado da exclusão de grupos minoritários, no processo de construção de conhecimento, voltado para esse mesmo grupo, essa exclusão é considerada uma marginalização social e política (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Por muito tempo, a maioria das técnicas, manobras e protocolos na área obstétrica, foram elaboradas por homens, que não entendem as dores do corpo feminino, e não experimentam o processo do parto. Dessa forma, quando uma parturiente questiona alguma conduta, ou recusa algum procedimento, e por sua negativa sofria retaliação, está a sofrer injustiça epistêmica. Os pacientes são a personificação da teoria existente, podem até não saber cientificamente a proposta da técnica, mas eles vivenciam o que a técnica propõe (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Gabriel e Santos (2020) abordam três aspectos caracterizados como injustiça epistêmica, no contexto médico-paciente. O primeiro deles é negar informações propositalmente por preconceito de identidade, julgamento antecipado que o paciente não entenderá. O segundo aspecto é negar informações solicitadas, quando pacientes demandam esclarecimento sobre algum assunto, e simplesmente são ignoradas. O terceiro aspecto são as informações fragmentadas, pois não se tem interesse real em passar informações; são utilizados termos técnicos, ou informações incompletas, inviabilizando o exercício do paciente como sujeito epistêmico, e atribuindo a classe médica a “autoridade epistêmica” do discurso verdadeiramente científico.

Na esteira das discussões desenvolvidas no campo da bioética feminista, atentas as desigualdades de poder nas relações de gênero, juntamente com novos modelos obstétricos, a abordagem da parturiente como sujeito epistêmico é uma perspectiva importante na área da obstetrícia, que reconhece o conhecimento e a experiência da mulher grávida como uma fonte valiosa de informações na tomada de decisões relacionadas ao parto e ao cuidado maternal. Infelizmente esse modelo de cuidado ainda não é o prevalente no Brasil (GABRIEL; SANTOS, 2020).

A abordagem do sujeito epistêmico é baseada no reconhecimento de que a parturiente possui um conhecimento profundo e contextualizado sobre seu próprio corpo, experiências e desejos. Em vez de considerá-la, apenas como um paciente passivo, a abordagem epistêmica a coloca no centro do processo de tomada de decisões e a valoriza como uma autoridade em sua própria experiência, à medida que

ela vive a experiência de gravidez e parto em primeira mão. Conhece seus próprios sentimentos, sensações e histórico de saúde de maneira única. Esse conhecimento individual é valioso ao tomar decisões informadas sobre opções de parto e cuidados (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Ao considerar a parturiente como sujeito epistêmico, os profissionais de saúde reconhecem sua capacidade de tomar decisões informadas e autônomas. Isso promove o empoderamento da parturiente, permitindo que ela participe ativamente nas decisões relacionadas ao parto. Com isso, a abordagem do sujeito epistêmico envolve um diálogo colaborativo entre a parturiente e os profissionais de saúde. Os profissionais devem ouvir atentamente as experiências, desejos e preocupações da parturiente para compreender melhor suas necessidades (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Desde o processo de institucionalização do parto, iniciado no século XIX, observa-se uma significativa transformação nas sociedades ocidentais, transferindo o controle e a administração do parto predominantemente aos médicos. Essa transição, um capítulo marcante na história, enfatiza questões de gênero, desvalorizando as parteiras, enquanto os médicos assumiam papel central na assistência ao parto. Essa mudança também redefiniu o corpo feminino no contexto médico, considerando-o fundamentalmente propenso a doenças. A medicina moderna ampliou a percepção de riscos e dores associados ao parto, moldando a compreensão do corpo feminino ao longo do tempo. Ao institucionalizar o parto nos hospitais, a medicina reduziu as barreiras para intervenções médicas, muitas vezes para conveniência dos médicos e instituições. Isso representa uma forma de tecnologia de poder, exercendo influência reguladora e disciplinadora sobre os corpos femininos. No entanto, Mortelaro e Cirelli (2021) destacam que essa mudança também representa uma transformação epistêmica fundamental na prática médica, sugerindo que a medicalização do parto não é apenas uma questão clínica, mas uma alteração nas bases do conhecimento médico aplicado no contexto hospitalar (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

A obstetrícia dominante, passou a fundamentar suas práticas em conhecimentos que generalizam o corpo feminino, resultando em abordagens que deixam de levar em conta a singularidade de cada mulher. Na busca por definir o que é considerado "parto normal," a obstetrícia que se considera científica, começou a prescrever um modelo ideal para o parto. Para fazer com que o parto real, se ajustasse a esse ideal, uma série de intervenções e práticas obstétricas passaram a ser

realizadas de maneira padronizada e rotineira. Isso sugere que o foco na padronização e na conformidade com um modelo ideal, pode levar a práticas médicas uniformes, que desconsideram as necessidades e particularidades de cada parturiente (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

Já na abordagem do sujeito epistêmico, se enfatiza a importância de personalizar os cuidados, para atender às necessidades individuais, o que envolve respeitar as preferências da parturiente em relação a posições de parto, intervenções médicas, entre outras coisas. Além disso, deve-se considerar os valores culturais e espirituais da parturiente, garantindo que as decisões de cuidados respeitem e reflitam esses aspectos importantes de sua identidade (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Mortelaro e Cirelli (2021) destacam que há uma perigosa associação entre o conceito de normal, e o os valores de "média", encontrado em todos os estudos populacionais estatísticos, usados como norteadores nas definições de metas e valores padrões. A fisiologia passou a considerar a média como parâmetro alvo, e como evidência científica. A utilização de uma média estatística, não deve ser usada como a única base para definir o que é normal ou patológico. O que é considerado fora da norma, em essência, é simplesmente o que difere da maioria das pessoas com as quais está sendo comparado. As autoras argumentam que, o modelo de assistência à saúde mais adequado, deveria considerar a variabilidade natural dos corpos e organismos, sem interpretá-la negativamente à luz de generalizações (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

É muito importante ter clareza, e não confundir o conceito de "normal" com a média, assim como não se deve considerar o parto normal, como um parto médio. Isso significa que, o que é considerado normal, não precisa ser estritamente definido pelas médias estatísticas. Guiar todo o processo de tomada de decisão e ação médica baseando-se apenas na média, pode resultar em intervenções desnecessárias em partos que, embora normais, possam ter um ritmo mais lento ou diferente do padrão médio por exemplo.

As críticas ao modelo tecnocrático do parto, buscam ressignificar a objetividade para atender às necessidades das mulheres, utilizando o conhecimento científico para beneficiar e empoderar, em vez de impor controle. Uma abordagem feminista na ciência, propõe uma assistência humanizada como alternativa ao modelo dominante, reconhecendo e respeitando as necessidades individuais. Destaca-se a importância de reconhecer quem produz conhecimento na assistência ao parto, valorizando o

papel e conhecimento legítimo das mulheres sobre seus corpos. A objetividade feminista, implica em acolher a singularidade de cada corpo, diferindo da abordagem universalizada da “obstetrícia ultrapassada” que trata o corpo como objeto. O novo modelo vê o corpo como participante ativo na produção de conhecimento, enfatizando a colaboração com cada mulher para construir um conhecimento objetivo, que sustente práticas alternativas ao modelo tecnocrático. Essa abordagem mais humana e respeitosa reconhece as mulheres como protagonistas ativas em seus processos de parto (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

É imprescindível demonstrar um profundo cuidado com o bem-estar das mulheres, praticando uma escuta sensível e acolhedora em relação às suas preocupações. Ouvir atentamente o que ela tem a compartilhar, confiando em sua sabedoria sobre o próprio corpo, é essencial para identificar prontamente possíveis complicações. Nesse modelo de assistência, reconhecemos que o corpo desempenha um papel central, na comunicação e interpretação entre o sujeito corpóreo, ou seja, a parturiente, e os profissionais de saúde, são fundamentais para proporcionar uma assistência ao parto verdadeiramente humanizada e centrada na relação entre ambos (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

Mortelaro e Cirelli (2021) ressaltam a importância de reconhecer que o conhecimento ou a compreensão saudável do mundo não se limita a um único tipo de saber, mas é resultado da colaboração de diversos saberes valiosos. Além disso, as autoras destacam a ideia de que em um novo modelo obstétrico, os corpos femininos não devem ser eclipsados em favor de um sujeito dominante, que detém a autoridade exclusiva, na interpretação da verdade sobre esses corpos. Em vez disso, deve-se promover uma abordagem mais inclusiva e igualitária, na qual múltiplas perspectivas e saberes são valorizados (MORTELARO; CIRELLI, 2021).

Ao valorizar a experiência da parturiente, contribui-se para a redução da medicalização excessiva do parto, permitindo que intervenções médicas sejam consideradas com base na situação individual. Em complementaridade à proposta de Mortelaro e Cirelli (2021), a abordagem da parturiente como sujeito epistêmico reconhece a importância do conhecimento e experiência da parturiente, em tomar decisões informadas sobre o parto e os cuidados maternos. Isso promove uma abordagem mais colaborativa, centrada na paciente e que valoriza sua voz no processo de tomada de decisões (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Por fim, a perspectiva da autonomia relacional e a valorização epistêmica, são particularmente importantes nos contextos de cuidados de saúde, como no parto e na assistência obstétrica. Torna-se essencial, respeitar a autonomia das parturientes, como sujeitos ativos e informados, em processos decisórios, que impactam diretamente suas vidas. Ao respeitar a autonomia relacional, estamos não apenas reconhecendo, mas também valorizando as experiências, conhecimentos e perspectivas como fontes legítimas de sabedoria.

Enfatiza-se a importância de contemplar diversas fontes de conhecimento, indo além do entendimento tradicionalmente, associado aos profissionais de saúde. Ao fazê-lo, não apenas se enriquece a compreensão global do cuidado, mas também se fortalece a participação ativa e informada das mulheres em suas próprias decisões sobre o parto.

#### 2.4. A CENTRALIDADE DO PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO

Reconhecer que a mulher é a protagonista de sua própria experiência de parto, significa respeitar sua capacidade de tomar decisões informadas. Isso envolve, discutir opções, riscos e benefícios de maneira aberta e transparente, permitindo que ela tome decisões que estejam alinhadas com suas preferências. Essa abordagem visa empoderar a mulher, e proporcionar-lhe uma experiência de parto mais respeitosa e satisfatória (MAUADIE *et al.*, 2022). Como já discutido, os profissionais de saúde devem fornecer informações claras e baseadas em evidências sobre as diferentes etapas do parto, opções de manejo da dor e intervenções possíveis. Isso permite que a mulher, tome decisões informadas, que reflitam suas necessidades e desejos, tornando-a sujeito ativo e protagonista no parto. Isso inclui decisões sobre o uso de analgesia, posição de parto, frequência dos exames de monitoramento fetal, entre outros (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Em "Parto 'natural' e/ou 'humanizado'? Uma reflexão a partir da classe", Giacomini e Hirsch (2020) abordam a diferença entre um parto considerado natural e aquele que é humanizado. No parto natural, evita-se o uso de substâncias como a ocitocina, recursos para alívio da dor por meio de anestesia, bem como se minimizam intervenções e instrumentalizações. Por outro lado, o parto humanizado refere-se a uma abordagem respeitosa, onde tais recursos podem ser utilizados, desde que seja a vontade da parturiente. Logo, um parto "natural" não é automaticamente sinônimo

de um parto "humanizado", uma vez que a mera ausência de intervenções médicas, não assegura o pleno respeito pelas escolhas da parturiente. Essa perspectiva, coloca a parturiente no centro do processo de parto, permitindo que ela assume o papel de protagonista. Nesse modelo, o objetivo principal é atender às necessidades e desejos da mulher, garantindo um parto que respeita sua autonomia e escolhas.

Estabelecer uma comunicação aberta e empática é fundamental. Isso ajuda a mulher se sentir ouvida, compreendida e respeitada, fortalecendo sua confiança nas decisões tomadas em conjunto com a equipe de saúde.

É importante reconhecer que cada mulher é única, e traz consigo suas próprias experiências, desejos e necessidades durante o trabalho de parto. A equipe de saúde deve estar sensível a essas diferenças, e pronta para adaptar a assistência de acordo com a individualidade de cada parturiente. Essa abordagem respeitosa e compassiva, é essencial para garantir que as mulheres se sintam apoiadas e ouvidas, em um momento tão especial como o parto, permitindo que elas vivenciem esse "rito de passagem" de maneira autêntica e significativa (GIACOMINI; HIRSCH, 2020).

Quando a parturiente tem um papel ativo, se sente ouvida e respeitada, seu nível de estresse e ansiedade pode ser reduzido, evidenciando seu empoderamento e autoconfiança na capacidade de parir. Isso pode ter um impacto positivo na progressão do trabalho de parto e no bem-estar geral da mãe e do bebê (MAUADIE *et al.*, 2022).

A centralidade do protagonismo da parturiente, não exclui a importância da equipe médica e de saúde. Em vez disso, envolve trabalhar em conjunto para garantir que as decisões tomadas, sejam baseadas em uma compreensão compartilhada das necessidades e objetivos da mesma. Isso não apenas melhora a experiência individual da mulher, mas também contribui para uma cultura de cuidados centrados no paciente e na dignidade humana na área da obstetrícia (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Rodrigues e Millen (2016), ao abordarem o tema do protagonismo no parto na realidade da obstetrícia no Brasil, destacam a necessidade, envolvendo vários setores sociais, de promover mudanças necessárias. Elas enfatizam que o processo de parto, um momento tão significativo no qual uma nova vida nasce, não pode mais ser tratado de forma superficial ou desconsiderado. As autoras apelam à urgência das parturientes recuperarem sua voz e protagonismo nessa narrativa, indicando que é vital que elas tenham participação ativa e respeito em todos os processos até o parto.

O parto humanizado, não deve ser visto como um evento padronizado, com roteiro a ser seguido, pois cada parturiente é única, com sua própria bagagem cultural, social e antropológica. Tentar impor um único modelo, é irrealista e prejudicial, sobretudo para as parturientes. O verdadeiro parto humanizado, é aquele que se adapta aos desejos individuais das parturientes, respeitando suas escolhas e direitos, e proporcionando um atendimento personalizado por parte da equipe. Em outras palavras, a noção de "humanização" enfatiza o respeito aos direitos da parturiente, sobre seu corpo e aos processos de parturição (GIACOMINI; HIRSCH, 2020).

Fala-se muito do conceito de humanização nas práticas médicas e de saúde, porém, pouco se aborda sobre a temática da humanização na formação. A ética é um conhecimento específico, que estimula o sujeito a interpretar variantes e multiplicidades na convivência dos indivíduos, fazendo-os perceber que a prática não deve ser meramente teoria, ela tem que fazer sentido aos sujeitos envolvidos (Souza *et al.*, 2016). É improvável a redução dos índices de mortalidade fetal e materna, sem investimentos na formação dos profissionais que irão atender essas parturientes (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Por fim, ao priorizar o parto humanizado, que respeita a fisiologia natural do processo, valoriza o bem-estar emocional e físico da mulher, e a reconhece como protagonista de seu próprio parto, a equipe de cuidado deve promover uma abordagem centrada na autonomia relacional. Integrando a justiça epistêmica, que valoriza e reconhece diversas perspectivas, esse enfoque resulta em cuidados de saúde mais inclusivos, respeitosos e adaptados às necessidades individuais. Essa tríade favorece um modelo de assistência ao parto centrado na mulher, onde suas escolhas são validadas, suas experiências são consideradas essenciais, independentemente de origens socioeconômicas, culturais ou étnicas. Essa abordagem contribui para a construção de sistemas de saúde mais justos, equitativos e sensíveis às necessidades individuais das mulheres.

## 2.5. SUS E POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

As primeiras políticas nacionais de saúde da mulher surgiram na década de 50, do século XX, e eram voltadas exclusivamente à gestação e ao parto. No período em questão ainda havia uma prevalência dos partos vaginais. O objetivo seria, fazer das mulheres "melhores mães", uma vez que a maternidade era o papel mais importante

da mulher na sociedade. Com os avanços tecnológico assistiu-se uma mudança de tendência, com crescimento dos partos cesáreos (LEAL *et al.*, 2019).

Recentemente, promulgou-se uma emenda que modificou os artigos 8º e 10º da Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023, ampliando a assistência à gestante e à mãe durante todo o período da gravidez, pré-natal e puerpério. Essa alteração incluiu a prestação de assistência psicológica à gestante, à parturiente e à puérpera, mediante avaliação do profissional de saúde durante o pré-natal e o puerpério, com encaminhamento conforme o prognóstico. Além disso, a emenda torna obrigatória a realização de atividades de educação, conscientização e esclarecimentos sobre a saúde mental da mulher, durante a gravidez e o puerpério (BRASIL, 2023).

Essas mudanças são de grande importância, pois reforçam o papel decisivo do pré-natal como agente conscientizador e preventivo. Além de reconhecerem a relevância do cuidado com a saúde mental, proporcionando meios para fortalecer a saúde mental da parturiente, contribuindo significativamente para desenvolvimento de sua autonomia, empoderamento e consequente protagonismo (BRASIL, 2023).

Uma pesquisa, conduzida pela Fiocruz, identificou maiores chances de ocorrer parto normal, quando há suporte adequado as parturientes. Ainda de acordo com a Fiocruz, a preparação para o parto humanizado começa na gestação, com assistência informativa, informações atualizadas e embasadas em evidências. A quantidade adequada de consultas pré-natais, fazem parte do processo de tornar a mulher dona do seu processo, acolhendo seus medos, angústias, esclarecendo as dúvidas, preparando-a para o trabalho de parto. Ressalta a importância das políticas públicas no cenário de assistência à saúde, por esse motivo, vale a pena lembrar de forma breve, marcos históricos em políticas públicas voltadas para saúde da parturiente (BRASIL, 1984, 2000; LIMA *et al.*, 2018, MAIA, 2010).

Figura 1- Cronologia Histórica Políticas Públicas Saúde da Mulher



## 2.6. O PAPEL DAS EQUIPES DE SAÚDE OBSTÉTRICAS E A PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES

No Brasil, as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 2017, para orientar e subsidiar todos os profissionais envolvidos no cuidado, visando promover, proteger e incentivar o parto normal. Essas diretrizes abrangem médicos obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas, generalistas, enfermeiras obstétricas, obstetrias, enfermeiras assistenciais, técnicos de enfermagem e profissionais em treinamento direto na assistência ao parto. Além disso, profissionais indiretamente envolvidos, como fisioterapeutas, psicólogos e estudantes de graduação em estágio prático, também são considerados.

O desenvolvimento dessas diretrizes, ocorreu por meio do Grupo Elaborador das Diretrizes (GED), um grupo multidisciplinar composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médicos neonatologistas, médicos

anestesiologistas e enfermeiras obstétricas. Convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (BRASIL, 2017).

Essas diretrizes, abriram espaço para a discussão de temas cruciais, como a redução de intervenções desnecessárias no processo de assistência à parturição, e a promoção de práticas embasadas em evidências durante o parto. Contudo, elas também evidenciam a persistência de conceitos enraizados, que demandam desconstrução no cenário obstétrico, como a uniformização e padronização de práticas comuns na assistência ao parto normal.

Essa abordagem busca uma homogeneidade nos procedimentos, negligência as diferenças e singularidades individuais, buscando a uniformidade em partos que, por sua natureza, são únicos. Adicionalmente, as diretrizes também têm como objetivo a diminuição da variabilidade nas condutas dos profissionais durante a assistência ao parto, o que desconsidera a natureza única de cada experiência de parto. Essa abordagem, ao tentar transformar todos os partos em eventos padronizados, pode frustrar os desejos individuais das parturientes, subestimando a riqueza e diversidade inerentes a esse momento tão pessoal. O parto moderno não deve, como também não consegue, se limitar a condutas mecânicas, ele é dinâmico, o que ressalta a importância crítica das diretrizes acompanharem a complexidade dos eventos humanísticos associados.

A Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, redefine as diretrizes para a implantação e habilitação de Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa normativa estabelece a equipe mínima necessária para os CPNs, que inclui, enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. Importante ressaltar que médicos não fazem parte da equipe, pois esses centros atendem gestações de risco habitual, geralmente localizando-se próximos a maternidades ou hospitais que contam com profissionais médicos em casos de intercorrências (BRASIL, 2015).

No Art. 2º, a portaria destaca a participação ativa da parturiente junto a decisões com a equipe, que enfatiza a “atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto” (BRASIL, 2015).

Apesar das recomendações contidas nas diretrizes, e do Manual Técnico de Atenção Qualificada e Humanizada no Pré-Natal e Puerpério incluir a escuta ativa das parturientes e seus acompanhantes, realização de atividades educativas de forma individual ou em grupo, utilização de linguagem clara e compreensível, atitudes importantes no processo de esclarecimento de dúvidas, observa-se que na prática, poucas parturientes recebem informações básicas sobre a gestação e o trabalho de parto, tornando este, um dos pontos de impacto para eventos negativos, antes, durante e pós-parto (BRASIL, 2006).

As parturientes continuam atribuindo ao parto a experiência de medo, dor e sofrimento, sendo essas sensações consideradas comuns e inerentes ao parto. Os relatos de partos dolorosos são perpetuados entre as grávidas, e fazem com que elas considerem normal um parto com muito sofrimento. Esse sentimento mexe com o imaginário das mulheres, fazendo com que elas tenham passar pelo parto vaginal (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Essas crenças limitam o exercício da autonomia da mulher, além de contribuir para um conjunto maior de convicções em torno da gestação, como uma fase de muita fragilidade, com influência dos hormônios na capacidade de julgamento da parturiente. Colaborando para a deslegitimação das vontades e capacidades dessas mulheres (BACHILLI; ZIRBEL; HELENA, 2021).

Outro ponto importante é que estamos em uma era tecnológica, que somada a falha na comunicação da equipe responsável por prestar assistências, resulta em parturientes que encontram nos aplicativos de celular, e até mesmo em grupos de redes sociais, informações sobre a gestação, que tanto podem ajudá-las no trabalho de parto, quanto podem atrapalhar, com a disseminação de informações equivocadas, levando a desfechos desastrosos (BACHILLI; ZIRBEL; HELENA, 2021).

Bachilli, Zirbel e Helena (2021), num estudo que teve como objetivo desvelar os limites da autonomia da mulher no momento do parto em um hospital da Rede Cegonha, evidenciaram a insatisfação das parturientes acerca das informações oferecidas pela equipe obstétrica, considerando-as “pouca, superficial e pouco explicativa”. As parturientes depositam muitas expectativas na equipe e no serviço que as atendem, sentem falta de um atendimento individualizado, nutrindo um sentimento de abandono. O profissional ético age com empatia, sendo consciente do quão único aquele parto significa para aquela mãe. As mulheres desejam ser voz ativa, afinal o parto é delas.

As equipes de saúde precisam, portanto, estarem atentas as condições epistêmicas das parturientes que atendem. Gabriel e Santos (2020) discutem que os chamados recursos epistêmicos, são elementos que nos permitem estabelecer sentido e fazer julgamentos de situações. Esses elementos estão intrinsecamente relacionados às nossas experiências de mundo, construídas através das nossas vivências e trocas com indivíduos diferentes. Quanto mais vivências, melhores condições de recursos epistêmicos, e quanto maior arsenal de recursos epistêmicos, melhor a capacidade de entender as experiências.

Cientes dessa relação, é incabível acreditar que a paciente seja considerada pela equipe de saúde, como uma mera informante da sua condição de saúde. O paciente deve ser respeitado como sujeito epistêmico. O papel da equipe de saúde é atuar como facilitadora na criação de um ambiente de cuidado, que reconhece e respeita o sujeito como epistêmico. O envolvimento das parturientes nas decisões que envolvem seu parto, está ligado diretamente a uma maior satisfação com a experiência do parto, e consequentes impactos positivos, na saúde da mulher e do bebê. Os profissionais de saúde não devem esquecer, que é impossível fragmentar o indivíduo em aspectos isolados da vida (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Em síntese, os profissionais de saúde devem perceber suas pacientes de maneira atenta e sensível, cultivando um olhar cuidadoso que vai além dos aspectos clínicos. Isso implica reconhecer a singularidade de cada indivíduo e a importância de sua história, valores e experiências pessoais. Um olhar atento permite captar nuances emocionais e sinais não verbais, enriquecendo a compreensão do paciente como um ser integral. Além disso, os profissionais de saúde devem estar prontos para ouvir. Sempre abertos às narrativas das pacientes, demonstrando empatia e interesse em compreender suas preocupações, sintomas e expectativas. Uma escuta ativa, contribui para estabelecer uma relação de confiança, promovendo a comunicação eficaz e permitindo que o profissional de saúde adapte sua abordagem de acordo com as necessidades específicas de cada parturiente.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. DELINEAMENTO TIPO DO ESTUDO**

##### **3.1.1. Estudo qualitativo**

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa e descritiva, buscando uma compreensão dos fenômenos relacionados ao protagonismo de parturientes. A pesquisa explora interpretações, significados, contextos e experiências associadas a esse processo a partir da discussão de artigos científicos, voltados para a temática do parto, que envolvam também perspectivas teórico-conceituais inovadoras. A análise se concentra em aspectos subjetivos, levantando hipóteses, sem a intenção de quantificar dados, mas sim utilizando impressões, opiniões e perspectivas, de mulheres, obtidas por meio da revisão de publicações, que envolvam pesquisas de campo. O objetivo é aprofundar a compreensão da temática, elaborando hipóteses sobre as motivações, ideias e atitudes sociais, que podem estar correlacionadas ao ambiente de parturição, identificando suas possibilidades e obstáculos para o exercício do protagonismo. O estudo engloba artigos científicos e materiais documentais publicados no período de 2018 a 2023.

##### **3.1.2. Estudo comparativo**

O estudo comparativo permite uma análise indireta dos dados encontrados, deduzindo semelhanças e diferenças nos estudos selecionados, a partir dos temas discutidos na pesquisa teórica: ambiente de parturição e seus obstáculos para protagonismo das mulheres, assistência obstétrica e seu papel no empoderamento das parturientes, princípios bioéticos, bioética de inspiração feminista, considerações sobre a parturiente como sujeito epistêmico e sua influência no ambiente de cuidado, entre outros. Possibilita-se ainda a comparação entre as orientações dos referenciais bioéticos, principalmente no que diz respeito à autonomia, e suas implicações práticas e influência na atuação profissional, concedendo a identificação de lacunas que permitem elencar sugestões pertinentes para futuras pesquisas.

### **3.1.3. Pesquisa documental e bibliográfica**

Esta pesquisa envolve revisão documental, através da análise de documentos oficiais brasileiros, tais como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde; a Lei nº 11.634, do Ministério da Saúde que institui o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério para atenção qualificada e humanizada do Ministério da Saúde, do Programa de Humanização do Parto, entre outros, além de revisão bibliográfica através de artigos publicados com dados coletados no Brasil, buscará responder ao questionamento problema.

Destaca-se a multiplicidade da composição da amostra, incluindo estudos com parturientes acompanhadas pelo SUS, assim como pela rede privada, com partos cesáreos e vaginais, ouvindo profissionais, parturientes e acompanhantes, o que permite formular um retrato atualizado e compreensivo do tema, possibilitando o aprofundamento e abrangência das discussões.

## **3.2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

### **3.2.1. Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo, artigos de pesquisas de campo originais, com textos completos disponíveis nas plataformas abaixo elencadas, com tema pertinente à proposta do estudo; com coleta de dados que incluem profissionais de saúde, parturientes e acompanhantes, tanto da rede privada como pelo SUS, publicados entre o período de 2018 a 2023, nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Foram excluídos estudos repetidos em uma ou mais bases de dados e estudos de revisão bibliográfica.

### **3.2.2. Coleta e análise dos dados**

Para a composição dos artigos analisados na discussão e visando reunir o maior número de publicações, foram realizadas buscas à partir da Biblioteca Virtual

em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *National Library of Medicine* (NLM- PubMed), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Repositório Institucional da Fiocruz (ARCA).

Os termos relacionados com autonomia das parturientes e os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) foram utilizados para busca dos artigos, junto com o emprego das expressões booleanas AND e OR. Destacam-se os seguintes descritores e suas combinações em português, inglês e espanhol. Em português: autonomia relacional; bioética; parto humanizado; parturientes; protagonismo e sujeito epistêmico. Em inglês: relational autonomy; bioethics; humanized childbirth; parturients; protagonism; and epistemic subject. Em espanhol: autonomía relacional; bioética; parto humanizado; parturientas; protagonismo y sujeto epistémico.

Foi realizada a leitura flutuante de aproximação, para a escolha e organização dos materiais, e posteriormente sua releitura mais atenta. A análise dos estudos foi de caráter qualitativo, utilizando-se da sistematização das pesquisas de campo, apresentadas em artigos científicos, e do cotejo de informações coletadas junto às publicações com o referencial teórico da pesquisa, no intuito de aprofundar a compreensão das experiências das mulheres durante o processo de parto. Os resultados apresentados a seguir oferecem *insights* valiosos sobre como as mulheres, em geral, parecem não serem apoiadas no seu protagonismo no momento do parto, bem como sobre as barreiras que podem enfrentar, para serem reconhecidas como sujeitas epistêmicas e terem sua autonomia respeitada.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1: sistematização dos artigos selecionado para discussão.

<b>Nº artigo</b>	<b>Título Artigo</b>	<b>Data Publicação</b>	<b>Autores</b>	<b>Cidade da Pesquisa</b>
1	Caracterização da atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino de uma capital do nordeste brasileiro	2022	Larissa Lages Ferrer de Oliveira; Ruth França Cizino da Trindade; Amuzza Aylla Pereira dos Santos; Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto; Ana Jéssica Cassimiro da Silval; Mariza Silva Almeida.	Maceió-AL
2	Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19	2023	Maria Aparecida Baggio, Taís Regina Schapko, Ana Paula Contiero Toninato, Ana Paula Xavier Ravelli, Rosane Meire Munhak da Silva, Adriana Zilly.	Foz do Iguaçu-PR
3	Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto	2023	Nathalia Kaspary Boff, Graciela Dutra Sehnem; Amanda Peres Zubiaurre de Barros; Silvana Bastos Cogo; Laís Antunes Wilhelm; Carolina Heleonora Pilger.	Sul do Brasil

4	Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas	2021	Daniela Calvó Barrera e Rodrigo Otávio Moretti-Pires.	Diversas regiões do país
5	Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos	2021	Giullia Taldo Rodrigues, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Priscila da Silva Almeida Pessanha, Lucia Helena Garcia Penna.	Rio de Janeiro-RJ
6	Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil	2023	Edymara Tatagiba Medina, Ricardo José Oliveira Mouta, Cleber Nascimento do Carmo, Mariza Miranda Theme Filha, Maria do Carmo Leal, Silvana Granado Nogueira da Gama.	Região sudeste do Brasil
7	Colonização do corpo e despersonalização da mulher no sistema obstétrico	2021	Francielli Martins Borges Ladeira e William Antonio Borges.	Brasil
8	Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização	2022	Diego Pereira Rodrigues, Valdecyr Herdy Alvesl, Angela Maria e Silval, Lucia Helena Garcia Penna, Bianca Dargam Gomes Vieira, Silvio Éder Dias da Silva, Laena Costa dos Reis, Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco.	Rio de Janeiro-RJ
9	Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto	2022	Rejane Araújo Mauadie, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana	Rio de Janeiro-RJ

			Amaral Prata, Ricardo José Oliveira Mouta.	
<b>10</b>	A interferência na autonomia reprodutiva feminina sob a ótica da desigualdade de gênero	2020	Núbia dos Santos Cruz	Salvador-Ba

<b>Nº artigo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b>
<b>1</b>	Descrever a atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino, destinados à gestação de alto risco.	Estudo de coorte retrospectivo entre os meses de junho e novembro de 2018 com 291 mulheres	Formulário
<b>2</b>	Compreender a atenção pré-natal em uma região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19.	Abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.	Entrevistas semiestruturadas, remotas e presenciais.
<b>3</b>	Conhecer a experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto.	Estudo de campo, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.	Questionário semiestruturado
<b>4</b>	Compreender os sentidos atribuídos às suas experiências e às suas vivências na doulagem e aos contextos relacionais em que se inserem.	Pesquisa qualitativa de cunho exploratório	Entrevistas individuais presencialmente ou videoconferência on-line

<b>5</b>	Descrever os incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos, seus fatores contribuintes e medidas preventivas na perspectiva das enfermeiras e médicos.	Estudo de abordagem qualitativa, tipo descritivo	Entrevista semiestruturada
<b>6</b>	Comparar a assistência obstétrica em uma casa de parto e em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Sudeste do Brasil, considerando boas práticas, intervenções e resultados maternos e perinatais.	Estudo transversal com dados retrospectivos	Dois estudos sobre parto e nascimento, com amostra de 1.515
<b>7</b>	Construir uma inteligibilidade sobre a sujeição da mulher à autoridade médico-hospitalar nos momentos de gestação e parto.	Abordagem qualitativa,	Entrevistas a partir de uma pergunta aberta
<b>8</b>	Compreender a percepção das mulheres quanto à assistência recebida durante o parto e nascimento.	Estudo descritivo-exploratório, qualitativo	Entrevistas semiestruturadas
<b>9</b>	Analisar o poder decisório da mulher no parto expresso nas práticas discursivas de enfermeiras e médicos residentes da área de obstetrícia	Estudo qualitativo	Entrevistas individuais semiestruturadas
<b>10</b>	Analisar as questões bioéticas na contemporaneidade no que se refere à autonomia reprodutiva feminina sob a ótica da desigualdade de gênero.	Pesquisa qualitativa de natureza exploratória	Reflexão sobre gênero, bioética.

#### 4.1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PROMOÇÃO DO PROTAGONISMO DE PARTURIENTES:

Ao analisarmos diversos estudos, podemos perceber o pré-natal não apenas como uma prática padrão, mas como uma oportunidade valiosa para expandir a consciência dos envolvidos nessa experiência, contribuindo assim para a promoção da autonomia e empoderamento das gestantes.

Um estudo de *coorte* retrospectivo, investigou a qualidade da assistência médica prestada a 291 mulheres submetidas a procedimentos de parto vaginal, cesariana ou relacionados a processos de abortamento em hospital escola especializados no cuidado de gestações de alto risco na cidade de Maceió. Predominavam mulheres jovens, principalmente na faixa etária de 18 anos, de raça parda, em união estável, com escolaridade média de 10 a 12 anos. Elas faziam parte da população economicamente não ativa, com uma média de renda de R\$ 1.141,50. As autoras destacam uma diferença significativa na renda média das mulheres que passaram por cesariana em comparação com as outras (OLIVEIRA et al., 2022).

Embora seja desafiador explicar essa relação, o fator econômico muitas vezes influencia as decisões dos profissionais de saúde. Idealmente, as decisões deveriam priorizar a saúde e as preferências da parturiente, em vez de serem guiadas por considerações econômicas.

As autoras salientam ainda uma informação crucial: 69% dos partos realizados foram cesarianas, ocorrendo antes mesmo do início do trabalho de parto. Além disso, 4,3% das mulheres não receberam informações claras sobre os motivos que levaram à realização da cirurgia (OLIVEIRA et al., 2022). Isso nos leva a questionar quais foram os reais motivos que levaram a equipe de saúde a chegar a essa alta porcentagem de cesarianas.

Embora o hospital se destine a pacientes de alto risco, é importante ponderar, se a gravidade dos casos justifica essa abordagem, uma vez que, na maioria das situações delicadas, o parto normal pode ser conduzido com acompanhamento adequado. Uma reflexão adicional é entender quantas mulheres tiveram suas preferências de via de parto atendidas. Além disso, surge a questão do preparo no pré-natal, pois 63,8% das mulheres afirmaram não ter recebido orientações sobre a fisiologia do processo parturitivo e as etapas pelas quais passariam. Essas informações cruciais, geralmente transmitidas durante o pré-natal, são essenciais

para que a parturiente possa compreender e argumentar sobre as escolhas da equipe médica. Sem esse conhecimento, torna-se desafiador exercer um papel ativo e informado nas decisões relacionadas ao parto.

As autoras destacaram que 98,6% das parturientes receberam assistência pré-natal, sendo que um pouco mais da metade, precisamente 67,6%, foi atendida pela atenção básica. Elas participaram de pelo menos seis consultas, iniciando o acompanhamento até a 12<sup>a</sup> semana de gestação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, estabelecendo critérios para um acompanhamento pré-natal considerado adequado (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

No entanto, 47,7% das participantes afirmaram não ter recebido informações sobre a maternidade de referência para o parto ou eventuais intercorrências (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Fornecer à gestante orientações claras sobre onde buscar assistência quando o trabalho de parto se inicia é crucial para evitar um desgaste emocional desnecessário. Nesse momento delicado, marcado por inseguranças e medo, informar qual maternidade será referência permite que a parturiente se familiarize previamente, contribuindo para uma experiência mais tranquila.

Essa lacuna nos faz refletir sobre quantas mulheres podem ter se dirigido a esse hospital, destinado originalmente apenas a gestantes de alto risco, sem necessariamente se enquadrarem nessa classificação.

O estudo conduzido por Baggio *et al.*, em 2023, investigou o impacto da assistência pré-natal durante o período da pandemia de COVID-19 em uma região de fronteira. Os resultados indicam que, nesse contexto desafiador, a assistência pré-natal sofreu consideráveis contratemplos. Um dos principais pontos destacados foi o atraso no início das consultas pré-natal. As parturientes, receosas da contaminação pelo COVID-19, frequentemente adiavam ou interrompiam seu acompanhamento.

Além disso, as reuniões em grupos educacionais foram suspensas, o que representa uma perda significativa durante a gestação (BAGGIO, *et al.*, 2023). Esses encontros proporcionam uma troca valiosa de experiências e são momentos fundamentais para aprender sobre questões cruciais relacionadas à parturição. Tópicos como posições possíveis para o parto, medidas de analgesia não farmacológicas, o poder do corpo feminino, amamentação e outros temas relevantes costumam ser explorados, contribuindo para a construção de conhecimento. Esses prejuízos educacionais tornam-se obstáculos significativos para o exercício do protagonismo pelas parturientes.

Outra medida implementada foi a restrição do acompanhante, uma tentativa de reduzir a contaminação pelo COVID-19. Essa restrição agravou a já significativa insegurança vivenciada por mulheres que enfrentam uma gestação durante a pandemia, alimentando sentimentos de desamparo e solidão (BAGGIO, et al, 2023).

Em muitos serviços, o retorno da presença do acompanhante foi a última medida a ser normalizada em relação ao que era considerado assistência padrão antes da pandemia. A ausência do acompanhante no ambiente hospitalar, essencial para torná-lo menos hostil, torna-se uma fonte adicional de ameaça para a parturiente. Isso aumenta as chances de a mulher se ver submetida às decisões da equipe de saúde, impactando negativamente a experiência do parto.

No trabalho de Oliveira (2021), todas as entrevistadas mencionaram ao menos uma experiência negativa durante o parto.

Em ambientes que, com frequência, deixam uma impressão desfavorável na perspectiva das parturientes, torna-se difícil para elas assumirem o papel de protagonistas. As experiências negativas, independentemente de sua natureza ou tipo, representam um obstáculo substancial para o protagonismo nesse contexto.

As parturientes relataram sentir desconforto ao expressar queixas ou dúvidas, o que é preocupante. Observou-se que muitas delas não receberam informações adequadas durante a assistência pré-natal (OLIVEIRA et al., 2021). O fato dessas dúvidas não terem sido esclarecidas durante o processo de parturição pode representar um ponto de fragilidade para a saúde da mãe e do bebê. Essa lacuna potencialmente persistirá em outras gestações se não for devidamente esclarecida.

Outra informação destacada por Oliveira *et al* (2022) é a dificuldade em compreender as informações fornecidas, o que, por sua vez, gera uma sensação de insegurança em relação aos cuidados recebidos (OLIVEIRA et al., 2022).

A comunicação efetiva revela-se fundamental. Uma reflexão adicional recai sobre a formação desses futuros profissionais, uma vez que se trata de um hospital escola. Torna-se essencial que a comunicação efetiva seja considerada como primordial, capacitando esses profissionais para transmitir informações de maneira clara, utilizando uma linguagem compatível com a compreensão do paciente e evitando o uso excessivo de termos técnicos.

Dentre várias queixas expressas pelas pacientes, destaca-se a ausência de acompanhantes de sua escolha, um direito estabelecido desde 2005 pela Lei nº 11.108, que garante a presença de um acompanhante indicado pela parturiente

(OLIVEIRA et al., 2022). Esse é um tema merece ser abordado durante o pré-natal, inclusive no acompanhamento do parceiro. O pré-natal do parceiro não se resume a um mero rastreio de patologias, mas representa uma oportunidade valiosa para fortalecer o vínculo familiar. Estimular que o parceiro participe do processo de parturição, caso a parturiente deseje, contribui para que o ambiente hospitalar se torne mais acolhedor, com figuras de confiança da parturiente presentes.

Esses achados sugerem que mesmo um pré-natal iniciado no período adequado e seguindo as orientações do Ministério da Saúde pode não oferecer informações suficientes para preparar adequadamente a parturiente. Isso evidencia a necessidade de um modelo de pré-natal que vá além do simples rastreamento de doenças, abordando também aspectos essenciais do momento do parto e de seus processos. É fundamental ressaltar que informações abrangentes sobre o parto durante o pré-natal podem proporcionar às mulheres uma sensação de segurança e conforto, restaurar sua autoconfiança e fortalecer sua capacidade de vivenciar o processo de parto com autonomia e empoderamento.

A discussão sobre o respeito à autonomia, protagonismo e empoderamento da mulher no parto desempenha um papel fundamental na busca pela redução da submissão da gestante à autoridade médico-hospitalar durante a gravidez e o parto. Isso se alinha à esperança de transformar um processo historicamente marcado pela colonização do corpo feminino e pela excessiva medicalização da gestação e do parto.

Esses eventos representam os primeiros atos institucionalizados de um sistema obstétrico que, frequentemente, tende a enfraquecer a mulher, tratando-a como um mero corpo que requer intervenções médicas para funcionar "normalmente" (Oliveira et al., 2022).

Ao tratar os processos de gestação e parto como intrinsecamente patológicos, em vez de eventos fisiológicos naturais, abre-se a porta para a abordagem do corpo da mulher como um objeto do sistema de saúde, necessitando de procedimentos institucionais para ser "restaurado" ao seu estado de equilíbrio "normal" (OLIVEIRA et al., 2022). As mulheres precisam ser preparadas para reconhecerem o poder de seus próprios corpos e todas as capacidades que possuem. A objetificação dos corpos femininos perpetua a prática de eventos que retiram o protagonismo da mulher em sua própria vida. Isso se reflete inclusive no modo como a assistência pré-natal é conduzida, a qual deveria ser uma ferramenta para empoderar e criar um ambiente

propício não apenas para rastrear doenças, mas também para fortalecer a mulher em sua jornada materna.

Em suma, a partir dos estudos discutidos, é possível dizer que o modo como o pré-natal tem sido realizado, não contribuem para promover o protagonismo de parturientes, as mulheres em sua grande maioria, relataram experiências negativas. A forma limitada e direcionada para o rastreio de doenças, não tem possibilitado a promoção da consciência e a tomada de decisões autônomas no momento do parto.

#### 4.2. PRÁTICAS “TRADICIONAIS” E SEUS IMPACTOS NO RECONHECIMENTO DAS PARTURIENTES COMO SUJEITAS EPISTÊMICAS

Na assistência à saúde, que deve ter o cuidado como foco principal, a perpetuação de práticas que foram devidamente desmistificadas, torna-se incompatível com o ideal de convergência de interesses, para o bem-estar dos pacientes. É indispensável questionar por que, em ambientes destinados ao cuidado, ainda persistem práticas que se mostraram ineficazes, afastando a possibilidade de reconhecer as parturientes como sujeitas epistêmicas. Esse reconhecimento é fundamental para assegurar o protagonismo, a satisfação com o próprio parto e o empoderamento em relação ao seu poder enquanto mulher.

No ano de 2023, Boff *et al.*, conduziu uma avaliação sobre a experiência de profissionais de saúde e residentes, acerca da utilização do plano de parto. Documento importante, embora ainda com baixa adesão e divulgação entre os profissionais de saúde. Elaborado durante a assistência pré-natal, o plano de parto serve como um registro das preferências da parturiente em relação à assistência médica e hospitalar durante o parto. Ele abrange escolhas como a via de parto desejada, posição preferencial, uso ou não de ocitocina, preferência por analgesia, entre outros pontos relevantes. Além disso, proporciona à parturiente a oportunidade de explicitar o que não autoriza que seja realizado durante o processo de parto.

A partir da análise dos dados obtidos pelo formulário, foram elencadas duas categorias principais: motivos para a não utilização do plano de parto e possibilidades para a adoção do plano de parto e nascimento. As autoras identificaram que a falta de conhecimento por parte dos profissionais levava à aplicação de práticas assistenciais padrão no serviço, em detrimento do modelo de cuidado personalizado e centrado na parturiente (BOFF *et al.*, 2023).

Um dos residentes entrevistados admitiu que a equipe não realiza discussões ou atualizações sobre humanização do parto (BOFF et al., 2023). Todavia, se uma equipe não buscar constantemente atualizações e aprimoramento, é provável que continue a perpetuar práticas comprovadamente inadequadas, como a manobra de Kristeller, episiotomia de forma indiscriminada, restrição de acompanhante, entre outros.

No mesmo estudo, um dos profissionais expressou a opinião de que a falta de quantitativo e colaboração da equipe são os principais obstáculos para a não utilização do plano de cuidado. Além disso, destacou a falta de empatia de alguns profissionais e a ausência de incentivo para a elaboração do plano de parto durante o pré-natal (BOFF et al., 2022).

No estudo conduzido por Oliveira et al., (2021), é possível observar a persistência de práticas obsoletas. Cerca de 91,9% das mulheres foram submetidas a posições litotômicas durante o parto, mesmo diante de evidências científicas que indicam as vantagens das posições verticais na redução da duração dos estágios iniciais e intermediários do trabalho de parto. Curiosamente, a preferência pela posição de litotomia ainda prevalece entre os profissionais de saúde, justificada pelo que é percebido como "conforto" para eles.

Além disso, o estudo revelou que 15,1% das mulheres foram submetidas a episiotomias, enquanto 5,8% foram submetidas à manobra de Kristeller. Surpreendentemente, em 56,4% dos casos, não houve estímulo ao aleitamento na primeira hora de vida (OLIVEIRA et al., 2021). Esses resultados destacam a necessidade urgente de revisão e atualização das práticas obstétricas, alinhando-as às evidências científicas mais recentes e promovendo abordagens que beneficiem a saúde e o bem-estar materno e neonatal.

Os resultados despertam preocupações significativas, pois a pesquisa foi conduzida em instituições de ensino, responsáveis pela formação de profissionais de saúde. Esperar-se-ia que, essas instituições estivessem fortemente comprometidas com processo de aprendizagem, fundamentado em evidências científicas. No entanto, contrariando essa expectativa, mesmo com a comprovada eficácia de determinados cuidados, eles não são amplamente adotados na prática.

Quando uma mulher passa pelo processo de parturição em uma instituição de saúde, ela se encontra envolvida por uma série de normas e procedimentos padronizados, que, muitas vezes, não levam em conta suas particularidades e desejos

individuais. Essa abordagem acaba por transformar o parto em uma etapa rotineira dentro de um ambiente hospitalar, subestimando a importância de reconhecer e respeitar a singularidade desse momento tão especial. Isso é particularmente notável em países como o Brasil, que apresentam algumas das mais altas taxas de cesarianas do mundo. Portanto, a discussão sobre protagonismo no parto é essencial para desafiar essas práticas e promover reflexão sobre uma assistência obstétrica mais respeitosa e centrada na mulher.

No trabalho de Oliveira *et al* é explorado o conceito da "desterritorialização da mulher". Isso acontece quando um evento fisiológico, natural do corpo feminino, é transformado em um procedimento médico, onde a mulher passa a ser tratada como um objeto no processo, e o bebê é visto mais como produto final (OLIVEIRA *et al.*, 2021). A abordagem patológica da gestação e do parto tem o efeito de retirar o controle do processo vital que deveria ser inerente ao corpo feminino, colocando-o nas mãos das instituições médicas, ao transformá-lo em um evento que parece estar dissociado do corpo da mulher.

Ao negligenciar princípios científicos fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado, como a restrição da presença do acompanhante escolhido pela parturiente, a realização de procedimentos sem seu consentimento, a comunicação ríspida por parte dos profissionais de saúde e a falta de acolhimento durante o tempo no hospital, a experiência do parto é mais caracterizada como pertencente à instituição do que à própria parturiente. Para que a mulher assuma o protagonismo, é primordial que ela se depare com um ambiente que a apoie verdadeiramente. Esses pequenos detalhes, muitas vezes negligenciados, podem ter um impacto significativo no fortalecimento e no protagonismo. Despertar essa reflexão, especialmente entre os membros da equipe de saúde que interagem diariamente nesse contexto, é essencial para promover uma abordagem centrada na mulher.

No momento do parto, especialmente na fase de expulsão, é vital apoiar as mulheres para que confiem em seus instintos naturais durante as contrações. É desaconselhável submetê-las a procedimentos como a episiotomia ou à manobra de Kristeller, sob a justificativa de facilitar o processo. Essas intervenções carregam consigo riscos significativos para a saúde das mulheres, podendo resultar em danos nos músculos, ligamentos e tecidos de suporte do assoalho pélvico, além de danos psicológicos inestimáveis. Priorizar o bem-estar e respeitar a autonomia da mulher nesse momento é essencial para uma experiência mais humanizada e saudável.

Essas práticas a longo prazo, podem levar a complicações, incluindo prolapso uterino e lesões nos órgãos pélvicos, com potencial de causar fraturas ósseas na mãe, hemorragias e complicações para o recém-nascido, como lesões cranianas. Evitar procedimentos desnecessários, para garantir a segurança e bem-estar da mãe e do bebê durante o parto. Encorajar as mulheres a movimentarem-se, e adotar posições de sua preferência durante o processo parturitivo, é essencial para promover o protagonismo da mesma.

Nos relatos de parturientes, expostos nos estudos de Ladeira e Borges (2022), o sentimento predominante é o de que a mulher perde o domínio sobre seu próprio corpo e sobre os processos naturais que o envolvem. Nesse contexto, a mulher se sente objetificada, manipulada e inserida em um sistema que a trata como parte de uma linha de produção. Mesmo quando o parto segue seu curso natural, muitas vezes o processo de cura é aplicado, promovendo a medicalização como norma em todas as circunstâncias e contribuindo para perpetuação do corpo feminino como frágil e susceptível á doenças.

O que se espera de uma assistência em saúde é um suporte de qualidade no acompanhamento da saúde da mãe e do bebê, principalmente durante o pré-natal, voltado para o empoderamento dessa parturiente, ouvindo-a e respeitando suas decisões enquanto sujeito epistêmico, fortalecendo a dimensão da subjetividade, reconhecendo a singularidade de cada mulher e a importância de respeitar suas escolhas e experiências durante a gestação e o parto. Isso implica fornecer informações completas e permitir que a mulher assuma um papel de protagonismo em todas as etapas do processo.

Em outros relatos encontrados no estudo de Ladeira e Borges (2022), foi evidenciado o sentimento de desvalorização durante e após o parto. Algumas mulheres compartilharam experiências de se sentirem isoladas e desamparadas logo após o nascimento, resultando na sensação de não terem mais importância. Algumas delas foram repreendidas por fazerem perguntas sobre seus próprios partos e tratadas com rispidez, como retaliação. Em outro incidente, uma mulher tentou alertar a equipe sobre um erro na dosagem de medicamento, mas foi ignorada por vários profissionais, sofrendo injustiça epistêmica. Sentindo-se reduzida a um simples prontuário, que nem sequer era lido corretamente, gerando um profundo sentimento de desconsideração.

Dentre os vários relatos, destaca-se o de uma jovem mãe com o desejo de realizar um parto cesariano. No entanto, ao expressar sua vontade, foi confrontada

pela equipe, que alegou que ela deveria suportar o parto normal, porque, “na hora de fazer foi fácil” (LADEIRA; BORGES, 2022). Desconsiderar o desejo da parturiente com um argumento machista é, no mínimo, uma falta de profissionalismo, algo que infelizmente ainda observamos atualmente. Essa atitude não apenas menospreza a autonomia da mulher, mas também destaca a persistência de atitudes prejudiciais e desrespeitosas no cenário de cuidados à saúde.

O Ministério da Saúde, influenciado por órgãos internacionais, propôs diversas mudanças na assistência obstétrica, recomendando que as mulheres tenham a liberdade de se movimentar durante o trabalho de parto e o parto. Baseando-se em evidências científicas, que demonstram que a mobilidade nesse período está associada a resultados mais favoráveis, e maior satisfação das mães. A capacidade de se mover durante o trabalho de parto e o parto, é um dos indicadores que o Ministério da Saúde utiliza para avaliar hospitais, concedendo o selo da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), uma iniciativa respaldada por instituições de renome, como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O estudo de Niy et al. (2019) analisou os resultados parciais de um projeto piloto de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), em duas maternidades do SUS em São Paulo. Com foco na liberdade de movimentação e escolha de posição durante o trabalho de parto e parto, o estudo aborda a perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuárias. As maternidades realizavam cerca de 450 nascimentos por mês, com a maioria das mães autodeclaradas como negras ou pardas (64,2%) e 74,5% solteiras em 2016.

Os profissionais acreditavam que as maternidades ofereciam recursos para mobilidade, mas as pacientes discordavam, pois, esses recursos não eram efetivamente oferecidos a elas. Gestores e profissionais de saúde indicaram facilitadores, como espaço adequado, apoio da equipe, orientação aos acompanhantes, permissão para doulas, equipamentos para alívio da dor e opções de posições verticais para o parto. No entanto, a liberdade de movimentação estava condicionada à necessidade de uma prescrição ou recomendação médica, conforme enfatizado por um cartaz intitulado "As posições serão discutidas e orientadas pela equipe médica" (NIY *et al.*, 2019).

Gestores e profissionais de saúde destacaram que as parturientes tinham liberdade para escolher a posição durante o parto, mas observaram que a maioria

preferia a posição de litotomia, e que essa escolha estava associada culturalmente ao parto. Uma enfermeira mencionou que essa preferência se deve a fatores culturais e instintivos das parturientes, apesar dos esforços da equipe para oferecer outras opções (NIY et al., 2019).

A bioética de inspiração feminista propõe justamente essa reflexão, diante de situações que demandam decisões autônomas dos indivíduos. É crucial lembrar que tais indivíduos estão inseridos em contextos sociais e culturais, que muitas vezes de maneira sutil, moldam e influenciam suas escolhas. Portanto, as decisões nem sempre são verdadeiramente autônomas.

Os profissionais insistiam em dizer que a escolha da posição de parto estava influenciada por elementos culturais e instintivos exclusivamente da parturiente e sem influências da instituição, mas foi identificado, que os discursos das equipes contribuíam para a classificação de posições como normais ou anormais, perpetuando a padronização de modos de parir (NIY et al., 2019).

A posição litotômica, amplamente estimulada pelos profissionais de saúde e considerada “instintiva”, é fortemente enfatizada na assistência obstétrica. As usuárias que expressam desejo de mudar a posição durante o trabalho de parto enfrentam repressão, evidenciando uma falta de flexibilidade por parte da equipe de saúde. As mulheres demonstram insegurança sobre o que lhes é permitido fazer durante o parto, relatando experiências de repreensão ao tentar se movimentar. Um dos vários exemplos dessa repressão pela equipe de saúde que o trabalho de NIY et al. (2019), trouxe, envolveu uma mulher que estava se sentindo mais confortável de cócoras no chão, seu desejo foi ignorado e a mesma foi colocada na cama em posição litotômica pela equipe.

A falta de flexibilidade da equipe em criar ambientes adequados para escolhas autônomas da parturiente é evidenciada, os discursos são distorcidos, a vontade da equipe é maquiada para simular uma decisão da parturiente, indicando uma necessidade de maior adaptação no processo obstétrico, para garantia do exercício do protagonismo da parturiente. Surpreendentemente, alguns profissionais admitiram que dentre os fatores que influenciam a flexibilidade na escolha da posição, destacam as preferências dos profissionais por posições mais tradicionais, especialmente entre os médicos.

A declaração de outra parturiente chama atenção por ressaltar a disparidade no tratamento recebido por pacientes consideradas informadas sobre seus direitos.

Uma paciente, ao apresentar seu plano de parto, teve seus pedidos atendidos e foi tratada de forma mais respeitosa em comparação com as demais. Ao revisar seu prontuário, notou-se a sigla "PI", indicando "Paciente Informada" (NIY et al., 2019).

Isso sugere que, essa marcação pode servir como um alerta para os colegas, possivelmente uma precaução contra possíveis processos. Embora haja várias interpretações desse fato. O respeito a autonomia não deve ser adotado unicamente por receio de processos, trata-se antes, de uma postura ética e um comprometimento que devemos assumir para com outros indivíduos. Ao nos vermos como parte de uma sociedade colaborativa, reconhecemos a importância do outro como indivíduo, minha vontade não deve prevalecer constantemente.

Ressalta-se que o conhecimento sobre o processo de parturição e a elaboração do plano de parto, permitiu à paciente ter suas solicitações atendidas, evidenciando a importância do plano de parto que, de certa forma, assegurou escolhas autônomas sobre seus corpos, capacitando-as a serem protagonistas de suas experiências.

As autoras destacam uma maior liberdade de movimento durante o trabalho de parto em comparação ao momento do parto, onde as parturientes eram frequentemente direcionadas para a cama e colocadas na posição litotômica pelos profissionais. Isso visava 'posicionar' a mulher para o parto, ou seja, colocá-la em decúbito dorsal com pernas elevadas e apoiadas em estribos, limitando a dinâmica do ato de parir. Geralmente, essa prática era conduzida por técnicas de enfermagem, seguindo orientações médicas (NIY et al., 2019).

Para os profissionais de saúde e gestores, era comum associar a "preferência" pela posição litotômica às mulheres, quando, na realidade, essa preferência era determinada pelos próprios profissionais para facilitar o acesso ao canal de parto e realizar intervenções como antissepsia, monitoramento fetal, episiotomia e suturas. Nos relatos dos profissionais, a posição de litotomia era enraizada na cultura das mulheres urbanas, mas sabemos que ela é influenciada significativamente pela prática predominante da assistência obstétrica nacional, que historicamente conduz a maioria dos partos em ambiente hospitalar e na posição litotômica.

A posição em si, é apenas um detalhe, o evento principal é o fato da mulher poder escolher a posição que deseja e ser respeitada. Isso não apenas aumenta sua sensação de controle, mas também melhora sua satisfação com toda a experiência. É importante lembrar que a ansiedade e o estresse podem afetar a complexa orquestra hormonal necessária para o progresso do trabalho de parto e do parto.

Portanto, é fundamental apoiar as escolhas das mulheres e criar um ambiente onde elas se sintam respeitadas e valorizadas.

A assistência ao trabalho de parto em locais ou posições não convencionais, exige que toda a equipe esteja disposta a se adaptar, saindo da sua zona de conforto e abrindo-se para novas abordagens, diferentes das técnicas tradicionalmente ensinadas. Nesse contexto, não se pode ignorar a fala de gestores e profissionais, no sentido de que os médicos seriam menos propensos a atenderem mulheres em posições verticalizadas, evidenciando a desigualdade de poder no campo da saúde, para a qual a bioética de inspiração feminista chama a atenção.

Essa é uma dificuldade com a qual uma equipe dedicada pode se deparar, ao tentar adequar a assistência, de acordo com as necessidades e vontades de cada paciente. É verdade que, em muitos casos, as condições de trabalho podem ser desafiadoras, com longas horas de trabalho e escassez de pessoal qualificado. No entanto, não devemos deixar de cumprir a nossa parte. Devemos lutar por melhores condições de trabalho, mas o principal compromisso é proporcionar o melhor cuidado possível para que as pacientes se sintam acolhidas e respeitadas.

Além disso, encorajar o apoio mútuo entre as parturientes e fornecer informações claras e acessíveis, são estratégias essenciais para que as mulheres tenham ferramentas para fazerem escolhas conscientes durante o parto, proporcionando uma experiência satisfatória e favorecendo o protagonismo das parturientes (NIY *et al.*, 2019).

A apropriação do corpo feminino busca controlar diversos aspectos, como reprodução e sexualidade, contribuindo para a persistência da subjugação, inferiorização e desigualdade da mulher, bem como negligenciando as condições para o exercício de decisões autônomas. As disparidades de poder entre homens e mulheres, têm origem em normas e comportamentos atribuídos a cada gênero, resultando de hierarquias políticas, econômicas, culturais e geográficas.

No estudo de Barrera e Moretti-Pires (2021), as autoras ressaltaram um viés hierárquico, tanto no modelo assistencial, quanto de gênero na obstetria hospitalar. Observa-se a expectativa de que a mulher adote uma postura submissa, com a supressão de sua voz, a falta de esclarecimento de dúvidas e, principalmente, a redução de seu protagonismo, reforçando sua dependência em relação aos profissionais de saúde (BARRERA; MORETTI-PIRES, 2021). Indicando falta de interesse, por parte da equipe médica, em capacitar as parturientes para assumirem

um papel mais ativo, concentrando e reforçando as decisões na autoridade médica, que ocupa a posição de sabedoria máxima e a parturiente posta como sem conhecimento.

Neste estudo, as autoras destacaram o grupo LGBTQIA+ como sendo particularmente vulnerável, segundo relatos de doulas. Esse grupo enfrenta significativos fatores de desempoderamento e uma intensificação da vulnerabilidade durante o processo de parturição, principalmente devido à falta de aceitação por parte dos profissionais e ao desconhecimento dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos dessas pessoas. Outro grupo que merece atenção especial são as jovens parturientes, frequentemente subestimadas, tratadas como se não soubessem nada da vida, com a idade sendo usada para justificar e perpetuar desigualdades nas relações entre esses grupos (BARRERA; MORETTI-PIRES, 2021). Essa dinâmica de poder contribui para a vulnerabilidade dessas adolescentes durante o processo de parto, aspecto também salientado na bioética feminista ao tratar dos grupos sociais vulnerabilizados e subjugados, cujas vozes não são ouvidas.

No estudo conduzido por Medina et al., em 2023, buscou-se avaliar e comparar a assistência obstétrica em uma casa de parto e em hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Sudeste do Brasil. As casas de parto representam uma iniciativa significativa na transformação do modelo de atendimento ao parto no país, sendo unidades especializadas exclusivamente no acompanhamento de partos normais, em gestações classificadas como de risco habitual.

O enfoque dessas casas de parto está centrado na mulher e em sua família, visando respeitar a fisiologia natural do processo de parto. Estimulam o uso de boas práticas obstétricas e, em casos de intercorrências, mantêm a proximidade de unidades que contam com obstetras qualificados. Vale ressaltar que, nas casas de parto, as profissionais responsáveis pelo cuidado são as enfermeiras obstétricas (MEDINA *et al.*, 2023).

Foi observado então, que o grupo de mulheres que pariram na casa de parto, comparadas àquelas que pariram em hospital, teve maior chance de ter acompanhante no trabalho de parto e parto, usar métodos não farmacológicos para alívio da dor, e maior chance de parir em posição verticalizada em comparação ao grupo que pariram em hospital. Além disso, também foi possível observar menor realização de episiotomia e manobra de Kristeller (MEDINA *et al.*, 2023).

É possível afirmar que as práticas “tradicionais” frequentemente geram impactos negativos, introduzindo um sentimento de incapacidade para o processo de parto. Isso resulta na transferência do mérito para a equipe de saúde, contribuindo para um desmerecimento do corpo da mulher. Além disso, essas práticas podem levar as mulheres se questionarem se suas convicções e desejos são realmente importantes. Importante ressaltar que suas marcas persistem ao longo da vida da mulher, manifestando-se tanto fisicamente como emocionalmente. Quando reconhecemos a paciente como sujeita epistêmica, emponderando-a e conferindo consideração, o processo de parto se torna facilitado. A paciente sente-se valorizada e parte decisória do acontecimento, refletindo positivamente na recuperação e satisfação pós-parto. Infelizmente, as parturientes são negligenciadas, e suas experiências e vivências não recebem a devida consideração.

Divergindo dos demais resultados aqui descritos, os achados de Medina et al. (2023) são de extrema importância, levando-nos a refletir sobre o papel do médico e como essa posição de controle e supremacia no conhecimento pode interferir e distanciar a relação entre médico e paciente de uma conexão baseada em confiança, entrega e respeito. Embora haja vários fatores que poderiam explicar os melhores resultados na assistência das casas de parto, os vieses dos desfechos são ocultos, e os autores deixam claro isto. Concentramo-nos aqui na figura do médico, buscando proporcionar uma oportunidade de reflexão, de forma especial aos futuros profissionais da área.

Este estudo nos convida a questionar: que tipo de medicina almejamos? Como despertar valores éticos fundamentais e padrões morais na prática profissional, com reconhecimento das sujeitas epistêmicas, a figura de um profissional facilitador do protagonismo feminino, de modo que sua presença cause um impacto positivo nos espaços que ocupa? Afinal, essa é a verdadeira essência da medicina, contribuir de maneira significativa para o bem-estar e a qualidade de vida.

É determinante reiterar que devemos estar em constante busca pela desmedicalização no âmbito obstétrico, adotando práticas assistenciais respaldadas por evidências científicas atualizadas. Para atingir esse objetivo, é imperativo direcionar nossos esforços para um cuidado centrado na mulher, pautado no respeito à sua fisiologia, na promoção de sua autonomia e na consideração dela como um sujeito epistêmico. Estimular seu protagonismo nesse processo tem se mostrado uma

abordagem cada vez mais eficaz, proporcionando experiências individuais durante o parto e nascimento, com resultados positivos para todas as partes envolvidas.

#### 4.3. A INTERAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE, A PACIENTE E O ACOMPANHANTE NA COMPOSIÇÃO DE UM AMBIENTE PROPÍCIO À TOMADA DE DECISÕES AUTÔNOMAS

Dentro do contexto da bioética de inspiração feminista, reconhece que as parturientes, assim como qualquer indivíduo, não existem dentro de um vácuo isolado, mas encontram-se inseridas em um ambiente permeado por dinâmicas sociais, culturais e estruturas de poder, que exerce influência em suas decisões. Por essa razão, é de suma importância examinar até que ponto as relações entre os profissionais da equipe obstétrica, os familiares e as parturientes contribuem para criar um contexto propício à tomada de decisões autônomas em um ambiente que pode ser complexo e desafiador.

É importante reconhecer, o papel significativo que os profissionais de saúde desempenham na sensibilização, para identificar práticas culturais prejudiciais. Devemos assegurar que, as mulheres não percam seu protagonismo durante a gestação, e sejam fortalecidas em suas escolhas durante o parto por exemplo. Essa abordagem permite que a gravidez seja vista como um evento normal na vida das mulheres, promovendo uma experiência mais positiva para todos os envolvidos (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

No estudo de Ladeira *et al.* (2022), a submissão das mulheres à autoridade médico-hospitalar durante gestação e parto foi investigada através de entrevistas abertas. Ao abordar a pergunta "Em qual momento da sua gestação, parto ou pós-parto, você se sentiu tratada como um objeto do sistema, sem autonomia sobre o seu próprio corpo?", as autoras identificaram que as mulheres se sentem constrangidas, ao discutir seus corpos e desconfortos. Esse constrangimento é atribuído à colonização de seus corpos, por sistemas disciplinares institucionalizados, baseados em normas, que desencorajam questionamentos ao padrão "normal", resultando na transformação das mulheres, em sujeitos dóceis, carentes de liberdade e protagonismo, em sua relação com os profissionais de saúde (LADEIRA; BORGES, 2022).

Algumas mulheres compartilharam experiências em que, suas preferências foram desconsideradas desde o pré-natal. Por exemplo, quando uma mulher expressava a escolha pelo parto normal, frequentemente era desencorajada com justificativas sem fundamentação. Em um dos casos, uma paciente foi impedida de escolher pelo parto normal, devido a uma fratura no braço; em outro, a gestante foi informada de que a gravidez só poderia seguir até a 39ª semana, devendo ser interrompida por uma cesariana; em um terceiro caso, uma mulher foi desencorajada ao parto normal devido ao seu peso (LADEIRA; BORGES, 2022). Isso muito mais uma preferência da equipe médica, em vez de uma indicação baseada em evidências. Esses exemplos ilustram como a autonomia das mulheres muitas vezes é negada em prol de práticas médicas questionáveis e como o ambiente pode influenciar positiva ou negativamente no protagonismo feminino.

Outro ponto crítico que merece nossa atenção é a constante culpabilização e responsabilização das mulheres. Uma das entrevistadas relatou a experiência de ser constantemente culpada, sendo informada de que poderia contaminar o campo cirúrgico se movesse durante o procedimento. Outra foi amedrontada por um médico, ao manifestar o desejo de um parto normal, sendo alertada de maneira exagerada, sobre riscos que não tinham evidências sólidas em sua gestação saudável (LADEIRA; BORGES, 2022). Esses processos de culpabilização e responsabilização das parturientes, evidenciam como a equipe de saúde desconsidera as parturientes como sujeitas epistêmicas. Outro fator que contribui para essa desconsideração é a desigualdade de gênero. As mulheres enfrentam a subestimação de seus conhecimentos, inclusive em relação ao entendimento do próprio corpo. A perspectiva da bioética feminista ressalta a diferença moral e de vulnerabilidade entre as partes em conflito, destacando a necessidade de atenção a esse fenômeno no meio acadêmico, social e jurídico.

A bioética feminista emergiu das críticas intensas às desigualdades sociais, em particular, as de gênero, explorando a questão da autonomia à luz da desigualdade de gênero. As mulheres enfrentam diariamente diversas tensões, incluindo formas variadas de violência moral, sexual, psicológica, física, entre outras. Além disso, lidam com desigualdades sociais interseccionadas com classe e raça, juntamente com restrições do acesso aos espaços públicos. Neste cenário, Cruz (2020) conduziu um estudo para identificar a interferência desse contexto social na autonomia reprodutiva feminina, chegando à conclusão de que há interferência na autonomia reprodutiva

feminina. Portanto é necessário contemplar novos direitos que vão além de políticas públicas relacionadas ao direito reprodutivo, especialmente diante das desigualdades de gênero.

A busca por essa autonomia está entrelaçada à reivindicação do controle sobre o próprio corpo, à crítica contra a 'medicalização' e à defesa dos direitos reprodutivos. Lutas que refletem o anseio por direitos à saúde, evidenciando a persistente desigualdade que afeta mulheres que, ao longo de décadas, buscam acesso a serviços de saúde de qualidade. Diante desse cenário de desigualdades, é urgente promover uma igualdade substantiva, que resguarde efetivamente a dignidade social, e a autonomia da mulher, lembrando que as disparidades no acesso à saúde são apenas uma parte do panorama mais amplo das desigualdades.

Giacomini e Hirsch (2020) conduziram uma análise sobre a relação entre o parto e a classe social, evidenciando diferenças significativas. O estudo revelou que mulheres de classes médias frequentemente preferem partos ativos, caracterizados por maior participação na tomada de decisões e menor intervenção médica ou uso de medicamentos. Por outro lado, mulheres de classes populares muitas vezes buscam partos mais passivos, com maior intervenção médica (GIACOMINI; HIRSCH, 2020). Essas preferências podem estar associadas às informações recebidas durante a preparação para o parto, as quais são disponibilizadas de maneira desigual. Mesmo quando ambos os grupos recebem acompanhamento pelo SUS, a subestimação das mulheres de classes sociais menos favorecidas contribui para uma disparidade no acesso a informações em saúde.

Enquanto a posição de cócoras era fundamental no planejamento do parto para as mulheres de camadas médias, o outro grupo não demonstrava grande preocupação com essa questão (GIACOMINI; HIRSCH, 2020). É importante salientar que nenhuma mulher deseja intervenções médicas desnecessárias ou adotar uma posição que prolongue o trabalho de parto e aumente o risco de lacerações apenas para agradar à equipe de saúde. O cerne da questão está na falta de acesso à informação e conhecimento, que frequentemente são negligenciados nas classes econômicas mais vulneráveis. O acompanhamento de saúde nessas camadas sociais é mais precário, expondo essas mulheres a maiores complicações, traumas e possíveis formas de violência. A falta de conhecimento corrobora para a retirada da mulher do seu lugar de centralidade e dificulta seu protagonismo.

A escolha do acompanhante durante o parto revela diferenças entre mulheres de classes sociais: as de classes médias preferem o pai do bebê, enquanto as de classes populares escolhem mulheres de suas famílias (GIACOMINI; HIRSCH, 2020). Isso destaca as barreiras adicionais enfrentadas por mulheres de classes sociais mais baixas, muitas vezes intensificadas por questões raciais.

Cabe destacar dois relatos de parto trazidos por Giacomini e Hirsch (2020), sendo o primeiro o de Carla, uma mulher negra de classe popular e solteira. Apesar de participar de um grupo de preparação para o parto "humanizado", sua experiência revelou falta de adaptação da equipe de saúde às oscilações naturais de sua disposição emocional durante o trabalho de parto (GIACOMINI; HIRSCH, 2020). A necessidade de uma abordagem mais empática e personalizada é enfatizada, evidenciando a importância de respeitar as escolhas da parturiente. O relato também destaca a falta de apoio, empatia e compreensão durante o parto, reforçando a necessidade de criar um ambiente acolhedor para que as mulheres expressem suas necessidades e emoções sem julgamento. Critica-se a expectativa irrealista de que as mulheres devem enfrentar o parto de forma controlada e tranquila, destacando a pressão injusta e desumana sobre elas durante esse momento vulnerável.

Quando abordamos o conceito de parto humanizado, estamos, em essência, enfatizando a importância de permitir que a parturiente tenha uma influência significativa sobre o processo do parto e respeitar suas escolhas e desejos. No entanto, é crucial entender que o primeiro relato narrado está longe de ser considerado um parto humanizado. Embora tenha culminado em um parto vaginal, é essencial diferenciar um parto normal e um parto humanizado.

A recusa em respeitar a decisão de Carla de optar por uma cesariana revela a falta de humanização no atendimento durante o parto, destacando a necessidade de um cuidado mais empático e centrado na mulher. A discrepância na tomada de decisão sobre a via de parto entre mulheres de diferentes classes sociais é evidente, especialmente para aquelas de classes populares que frequentemente enfrentam uma postura autoritária dos profissionais de saúde no sistema público. A falta de diálogo nesses casos negligencia as necessidades e desejos das parturientes, especialmente para mulheres pobres que, ao dar à luz em hospitais públicos, têm suas escolhas limitadas, sem participação efetiva nas decisões sobre o tipo de parto.

Neste relato, torna-se evidente o papel crucial da equipe de saúde e dos acompanhantes na criação de um ambiente propício para o protagonismo da

parturiente. A equipe tem o poder significativo de empoderar essa mulher, do mesmo modo que é responsável quando o desfecho do parto não atende plenamente às expectativas da mulher. No caso de Carla, os acompanhantes também foram desrespeitosos, impondo cobranças adicionais. Esses comportamentos refletem uma sociedade incansável na avaliação do desempenho feminino, mesmo quando a mulher dá o seu melhor dentro de suas condições. A forma cruel como a mulher é cobrada e sobrecarregada, privando-a do direito de ser protagonista em seu momento, destaca a necessidade de mudanças na assistência. As mulheres merecem ser reconhecidas como sujeitas epistêmicas, ouvidas e respeitadas, especialmente durante o parto. É crucial refletir sobre a necessidade de transformar esse cenário, permitindo que cada mulher seja respeitada como protagonista.

O segundo relato de parto apresentado no estudo envolve Elena, uma mulher de classe econômica alta, branca e casada, que inicialmente planejou um parto por cesariana. No entanto, sua decisão mudou após entrar em contato com a proposta de parto "natural" e "humanizado" enquanto frequentava aulas de yoga e preparação para o parto em um instituto privado localizado em uma área nobre da cidade. Quando as contrações começaram, Elena recebeu orientações de sua doula sobre o monitoramento das contrações, evitando uma ida precoce e desnecessária ao ambiente hospitalar, o que contribuiu para reduzir o estresse precoce. Apesar disso, Elena decidiu por conta própria ir à maternidade em um determinado momento, desejando a administração de anestesia para aliviar a dor. Seu desejo foi prontamente atendido, e, embora tenha inicialmente optado pelo trabalho de parto vaginal, Elena eventualmente solicitou uma cesariana, o que também foi atendido com agilidade. No relato, Elena expressou desconforto, mas sem dor, relacionado ao procedimento cirúrgico e, portanto, solicitou uma maior sedação, que mais uma vez foi prontamente atendida (GIACOMINI; HIRSCH, 2020).

Embora o desfecho não tenha sido um parto vaginal, a experiência de Elena pode ser considerada humanizada, uma vez que todas as suas escolhas e necessidades foram respeitadas e atendidas ao longo do processo. A parturiente teve um papel decisivo na condução do seu parto, o qual poderia ter tomado rumos bem distintos caso a equipe de saúde adotasse outra postura. Esse princípio de que "o parto pertence à mulher" se destaca como mais humano do que a desmedicalização, conforme relatado por algumas entrevistadas do grupo de camadas médias.

Em resumo, a "humanização" do parto destaca a importância do respeito aos direitos da mulher sobre seu corpo e o processo de parto. Contudo, é essencial entender que um parto "natural" não garante automaticamente a humanização, pois a ausência de intervenções médicas não assegura o respeito total às escolhas da parturiente. Este estudo enfatiza como a "humanização" do parto pode ser afetada pela classe social da mulher, resultando em uma injustiça epistemológica que compromete sua autonomia e protagonismo durante o processo de parto.

O estudo de Rodrigues *et al.*, (2022) procurou compreender a percepção das mulheres em relação à assistência durante o parto e nascimento. Os resultados destacaram que, apesar dos incentivos das políticas de humanização, o modelo tecnocrático ainda prevalecente na obstetrícia resulta em intervenções que contradizem evidências científicas. Embora as parturientes possam não estar cientes das práticas desatualizadas, muitas delas são percebidas como desconfortáveis, invasivas e desrespeitosas. Algumas mulheres qualificaram os eventos relacionados ao parto como assustadores e horríveis, caracterizando o cuidado obstétrico de forma negativa (RODRIGUES *et al.*, 2022).

Algumas falas das parturientes são fundamentais para dimensionar o tamanho do problema. Imaginemos um processo de parturição, no qual o foco das decisões e cuidados deveria estar na parturiente. Agora, consideremos a cena descrita na seguinte fala: "...Subiram em mim e empurraram minha barriga, fiquei um pouco assustada, pois não falaram nada na hora, a força que ele estava fazendo doía mais minha barriga, e a força eu não conseguia fazer" (apud RODRIGUES *et al.*, 2022, p.4). Essa é uma situação em que o profissional de saúde se coloca em uma posição tão dominante que, em sua percepção, o parto não ocorreria sem sua intervenção, quando, na verdade, poderia ocorrer de forma mais adequada sem essa intervenção.

O parto é possível sem a presença de profissionais de saúde, sempre foi. O parto só não é possível sem a parturiente, e isso deve ficar claro. É crucial ter clareza que a equipe e acompanhantes fazem parte do ambiente de parturição e deveriam ser peças com papel de facilitar o protagonismo da parturiente. Seria interessante se o acompanhante do parto fosse o mesmo que a acompanhou durante o pré-natal, recebendo juntos, informações adequadas e atualizadas, para garantir o respeito à autonomia da parturiente e facilitar seu protagonismo. Caso contrário, o acompanhante pode estar influenciado por informações incorretas ainda amplamente

difundidas na sociedade, o que pode representar mais um obstáculo para o protagonismo que a parturiente busca.

A principal queixa das parturientes destaca a carência de humanização na assistência obstétrica diária. A humanização representa a necessidade de serem ouvidas, consideradas e cuidadas, permitindo que sejam protagonistas, assim como eram quando o parto era conduzido por parteiras. Não há justificativa para iniciar o cuidado de uma parturiente sem prestar atenção à mulher, que é a razão desse cuidado, conforme expresso por uma das parturientes: "Demoram bastante para dar atenção a você" (RODRIGUES et al., 2022). Muitas vezes, esse abandono tenta ser justificado pelas rotinas institucionais na assistência obstétrica.

Os autores também observaram a tendência da equipe médica para que as parturientes adotassem a posição litotômica, considerada a forma mais tradicional de nascer na obstetrícia, o que contradiz a liberdade estabelecida pelas políticas de humanização do parto. Uma parturiente compartilhou: "Achei desconfortável, mas tive que ficar direito como ele mandou, estava torta porque queria ver a criança saindo, ele me deu um esporro, gritou comigo, para ficar direito, achei isso ruim, depois que ele falou fique reta na cama" (apud RODRIGUES et al., 2022). Esse desrespeito ao indivíduo, que conhece seu próprio corpo e deseja participar ativamente, ignora a singularidade da mulher e seu momento de parto, contribuindo para mais desconforto durante o processo. Assegurar às mulheres, melhores práticas de saúde é um direito constitucional e uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Fica evidente que esse tipo de assistência é resultado da falta de conhecimento científico, juntamente com a gestão institucional dos serviços de saúde, mantendo rotinas ultrapassadas. No entanto, priorizar as melhores evidências favorece um cuidado singular centrado na mulher.

No estudo de Mauadie et al., (2022), procurou-se analisar o poder decisório da mulher no parto, conforme expresso nas práticas discursivas de enfermeiras e médicos residentes da área de obstetrícia. A análise se baseia nas perspectivas da equipe de saúde, que compõe o ambiente de parturição, e destaca como essa equipe pode influenciar positiva ou negativamente o processo de protagonismo da mulher durante o parto. Os discursos da equipe de assistência em saúde revelam uma ênfase no controle dos riscos e na promoção do comportamento cooperativo por parte da parturiente, resultando em restrições ao poder decisório das mulheres.

Os profissionais de saúde adotam atitudes intervencionistas, mesmo em situações em que as complicações não representam ameaças concretas. Um médico expressa: "Ainda temos muito medo de deixar o parto ocorrer normalmente." A incerteza e o receio de desfechos desfavoráveis e complicações ameaçadoras ao bem-estar materno e fetal sustentam a persistência da prática discursiva de controle do risco (MAUADIE et al., 2022). Esse controle de risco envolve decisões relacionadas ao parto que, muitas vezes, são retiradas das mãos das mulheres, justificando-se pela visão de que elas seriam incapazes de tomar decisões consideradas "delicadas".

A concepção de risco torna-se um instrumento distintivo entre o fisiológico e o patológico, como se essa noção fosse exclusiva dos profissionais de saúde, manifestando-se em atitudes de controle sobre o corpo grávido. Dessa forma, sob o pretexto da segurança no parto, o hospital se destaca como um espaço onde os profissionais utilizam regras, conhecimentos e práticas para regular o corpo das mulheres, impondo práticas obstétricas que visam a produção de corpos dóceis e manipuláveis.

Os autores destacam a disciplinarização dos corpos durante a assistência ao parto, percebida como uma forma de punição, que limita os direitos de escolha e decisão das mulheres (MAUADIE et al., 2022). Os profissionais de saúde promovem padrões idealizados de comportamento, esperando obediência, compreensão e cooperação para garantir uma assistência adequada. Esses modelos refletem hierarquias sociais que perpetuam estruturas de poder nos sistemas de saúde, resultando em assimetrias entre indivíduos, alguns mais apoiados e outros mais propensos a serem marginalizados.

O sistema hierárquico das profissões, contribui para a falta de apoio às mulheres durante o parto, limitando sua participação nas decisões e expondo-as a desrespeito, abusos e intervenções agressivas. A entrada na instituição muitas vezes restringe as opções das mulheres, podendo causar desconforto à equipe de saúde se elas buscarem alternativas as decisões tomadas pelos profissionais. Comportamentos femininos que resistem às normas disciplinares, geram tensões entre parturientes e profissionais, afetando os processos de tomada de decisão sobre os cuidados. Essa dinâmica reflete a dificuldade dos profissionais em lidar com o compartilhamento de responsabilidades, muitas vezes esperando passividade por parte das parturientes.

Diante disso, algumas gestantes adotam estratégias de resistência para manter algum controle sobre a situação, buscando informações obstétricas, reprodutivas e

sociais. Essas ações visam evitar cuidados maternos desrespeitosos e preservar a autonomia corporal. A falta de opções e a pressão por procedimentos específicos podem levar a reações de estresse, destacando a necessidade de uma abordagem mais respeitosa e centrada na escolha da gestante.

Os discursos dos residentes indicam a interseção entre gênero e classe social, ao rotularem mulheres de segmentos populares como carentes de conhecimento, desorientadas e incapazes de compreender o parto, influência das desigualdades sociais na percepção e interação dos profissionais de saúde com as parturientes (MAUADIE et al., 2022). Esse viés pode afetar as decisões clínicas e práticas obstétricas adotadas durante o trabalho de parto.

A recusa em oferecer apoio às parturientes sugere uma tentativa dos profissionais de manterem poder, controle e autoridade sobre elas. A falta de fornecimento de informações representa outra estratégia para impedir a participação ativa das mulheres nas decisões e limitar sua autonomia no parto. O exercício pleno da autonomia requer um ambiente livre de violência, com reconhecimento dos direitos das mulheres e garantia de acesso aos recursos necessários para promover a igualdade de gênero.

Os médicos residentes, ao discutirem a política de humanização do parto, veem-na como uma restrição à sua autonomia profissional e à presunção de liberdade das mulheres na escolha pela cesariana. Observa-se que, na maioria dos casos, a decisão pela cesariana é tomada pelo médico, mesmo quando a parturiente expressa o desejo por essa opção, encontrando resistência por parte dos profissionais. Isso sugere uma dinâmica de poder que reforça a autoridade do médico. Em contrapartida, as enfermeiras obstétricas emergem como defensoras do empoderamento feminino, desempenhando o papel de especialistas em promover opções e responsabilidades das parturientes, neutralizando a cultura medicalizada (MAUADIE et al., 2022).

O protagonismo da mulher durante o parto é crucial e requer um ambiente que respeite sua autonomia, levando em conta as influências socioculturais, econômicas e políticas. Reconhecer e compreender as crenças internas das parturientes é fundamental para promover seu empoderamento. As desigualdades sociais, afetando especialmente mulheres negras de baixa renda e menor escolaridade, são agravadas pela medicalização, que restringe a liberdade e participação feminina na assistência à saúde. O discurso da humanização contrasta com a medicalização, destacando a necessidade de evitar naturalizar e reproduzir iniquidades, especialmente nos

serviços públicos, onde as oportunidades de protagonismo para as parturientes são limitadas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs uma reflexão sobre conceitos fundamentais trazidos pela bioética de inspiração feminista e sua aplicação na prática de cuidados obstétricos, indo além da abordagem tradicional da teoria principialista. A autonomia relacional emerge como um conceito, valorizando a individualidade e a liberdade de escolha, porém reconhece a interconexão entre as experiências individuais e os contextos sociais, ampliando o entendimento de autonomia para além do indivíduo isolado. Discutir esse conceito, oferece uma perspectiva para pensar os serviços de saúde e cuidado, considerando as demandas das mulheres em meio às delimitações éticas, culturais e científicas presentes no momento do parto.

O sujeito epistêmico, entendido como um sujeito social que compartilha e debate hipóteses, deve ser ouvido. Todos têm as mesmas possibilidades de construir conhecimento, e, a partir dessa premissa, a parturiente deve participar ativamente das discussões e decisões que envolvem os cuidados com sua saúde. Ao abordarmos o protagonismo no parto, é essencial reconhecer que o único sujeito indispensável no evento de parturição é a parturiente. Diante disso, discutir como as equipes de saúde podem criar um ambiente que facilite o protagonismo das parturientes, dando lugar à autonomia que emerge no contexto das relações e reconhecendo-as como sujeitos epistêmicos capazes de contribuir com as decisões de saúde.

A discussão sobre o protagonismo no cuidado em saúde precisa ser incorporada nos cenários práticos para alcançarmos um parto humanizado e individualizado. Esse modelo de assistência obstétrica coloca a mulher e suas escolhas no centro do cuidado, seguindo princípios como respeito à autonomia, apoio emocional, minimização de intervenções desnecessárias, ambiente acolhedor, incentivo ao protagonismo da mulher, informações e consentimento informado. Ao proporcionar à parturiente o parto desejado, estamos alinhados com as políticas nacionais de humanização, visando uma experiência de cuidado que respeite e atenda às necessidades individuais.

O trabalho teve três objetivos específicos. O primeiro visava compreender a importância da assistência pré-natal na promoção do protagonismo de parturientes. Esse objetivo foi alcançado ao evidenciar através dos estudos discutidos, que mulheres bem preparadas durante o pré-natal, têm maior probabilidade de assumir o protagonismo durante o parto. O acompanhamento pré-natal não apenas oferece

informações, esclarecimentos e discussões sobre a gestação, mas também contribui para que a parturiente se sinta mais preparada e segura, enquanto uma assistência pré-natal inadequada, contribuiu para insegurança das parturientes, deixando-a também mais exposta a práticas inadequadas.

O segundo objetivo do trabalho era analisar como práticas “tradicionais” ultrapassadas afastam o reconhecimento das parturientes como sujeitas epistêmicas. Concluiu-se que tais práticas inadequadas são frequentemente adotadas por profissionais que, ao perpetuar métodos desatualizados, negam o reconhecimento da parturiente como sujeito epistêmico e autônomo. Esses profissionais demonstram falta de atualização e pouca preocupação com a assistência centrada no cuidado e no bem-estar da parturiente. A discussão desse tema direciona-se à autorreflexão dos profissionais, destacando a importância de reconhecer a necessidade de aprendizado contínuo e considerar o paciente como uma fonte valiosa de aprendizado, elementos essenciais nesse contexto.

O terceiro objetivo consistia em investigar em que medida as relações entre profissionais da equipe obstétrica, familiares e parturientes formam um contexto propício para a tomada de decisões autônomas. Embora tenha sido alcançado parcialmente, a avaliação da interação desses três atores no mesmo cenário, demanda atenção especial, devido à complexidade dos fatores envolvidos, muitos dos quais podem passar despercebidos para quem está vivenciando o momento, dificultando a análise e julgamento. Uma pesquisa de campo, com a presença do pesquisador como observador e posterior coleta de depoimentos, poderia capturar nuances adicionais. No entanto, a partir dos artigos discutidos, foi possível obter uma compreensão do impacto desses atores no cenário de parturição, evidenciando, em alguns casos, a falta de preparo dos acompanhantes para desempenhar o papel de apoio à parturiente que deles se espera.

Durante a realização do estudo, as duas hipóteses iniciais foram corroboradas. A primeira apontava para a frequente omissão, por parte dos profissionais da obstetrícia, no uso de seu conhecimento ético-profissional para fortalecer a autonomia das parturientes, deixando de capacitá-las na tomada de decisões e negligenciando seu protagonismo. A segunda hipótese confirmada sugeria que, apesar da existência de referenciais bioéticos, políticas, leis e programas destinados a proteger parturientes, na prática, essas mulheres ainda enfrentam desafios decorrentes da falta

de reconhecimento como sujeitos epistêmicos, levantando dúvidas sobre seu protagonismo.

Esse estudo proporcionou uma pequena amostra do cenário de cuidados obstétricos, sua complexidade e desafios para o remodelamento da assistência para algo mais próximo dos ideais dos movimentos de humanização. As conclusões desta pesquisa podem servir de base para a realização de estudos futuros que avaliem o impacto na saúde de serviços que facilitem o protagonismo de parturientes; Análise comparativa das decisões médicas, quando tomadas em conjunto com as parturientes, e seu potencial impacto na mortalidade materna e neonatal; Estudos que avaliem a oferta de disciplinas que envolvam de bioética nos currículos dos cursos de saúde, a fim de verificar se estão sendo suficientes para promover o despertar ético nos futuros profissionais. Além disso, uma área de pesquisa interessante seria compreender mais profundamente o impacto real dos acompanhantes, investigando se foram adequadamente preparados, se possuem conhecimentos básicos sobre parturição, qual foi sua participação nas consultas pré-natais, quantificando de maneira mais detalhada esse envolvimento. Essas análises forneceriam parâmetros mais robustos para avaliar se a preparação dos acompanhantes efetivamente influencia o ambiente de parturição.

## REFERÊNCIAS

APPSR- Aliança para o parto seguro e respeitoso. **Compromisso nacional pela garantia do parto seguro e respeitoso e pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2021. Disponível em: <https://azassocia.com.br/sobrasp/documentos/47.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2022.

AZEVEDO, A. Empoderamento: o que significa esse termo? | Politize! , 18 jul. 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/empoderamento-o-que-significa-esse-termo/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BACHILLI, M. C; ZIRBEL, I; HELENA, E. T. S. Autonomia relacional e parto humanizado: o desafio de aproximar desejos e práticas no SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TQCjFwqYx7YLZwSZGtTsrzB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2022.

BAGGIO, M. A. et al. Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 558–570, 15 set. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JVyGsgVNt8HzfLwNWW9nqRs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2023.

BARRERA, D. C.; MORETTI-PIRES, R. O. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, p. e62136, 26 maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/TqbrVSjWhzZ7Bb5hJWjRDxf/>. Acesso em: 11 nov. 2023.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. (1978), **Principles of Biomedical Ethics**. Oxford University Press, New York: Oxford University Press, 1994. Disponível em: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/prin.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2022.

BEIER, M.; IANNOTTI, G. D. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 10, n. suppl 2, p. s383–s389, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FLVWwcHxjbXZMwfdsrchH5S/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.721, de 8 de Novembro de 2023. **Dispõe sobre a ampliação da assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm). Acesso em: 11 nov. 2023.

BRASIL, Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 06 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1246, de 08 de janeiro de 1988. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jan. 1988, Seção 1, p. 1574-7. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diretrizes e bases da educação nacional**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm) . Acesso em 04/12/2022. Acesso em: 06 nov. 2022.

BRASIL. MEC. Conselho Nacional de Educação (CNE). Câmara de Educação Superior. Legislações e normas. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em de 7 de agosto de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133\\_01.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf) . Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. MEC. Conselho Nacional de Educação (CNE). Câmara de Educação Superior. Legislações e normas. Parecer CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> . Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf) . Acesso em: 27. nov. 2023.

BRASIL, Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. **Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm). Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL, Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. **Direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde** Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm). Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília-DF, 2002. disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> . Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília-DF, p.162, 2006. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 06 nov. 2022.

BOFF, N. K. et al. Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220104, 10 out. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/tNYMGmdSTj3xVKqbtMq8tXm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2023.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 281–287, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pcWQx4DnHfTpnzQTY7JxXXB/?lang=pt> . Acesso em: 10 nov. 2022.

CARNEIRO, L. A. et al. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 412–421, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nJ3rGrcdytDkX8YkhvNs9Gx/> . Acesso em: 08 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

CRUZ, N. DOS SANTOS. A interferência na autonomia reprodutiva feminina sob a ótica da desigualdade de gênero. *Revista Direito e Sexualidade*, v. 1, n. 2, p. 26-81, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/42214/23701>. Acesso em: 20 nov. 2023.

DAVIES-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Inter. J. Gynec. Obst*, v. 75, p. 5-23, 2001.

DINIZ, Debora.; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 440, n. 162, p.599-612, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/hFScd4DfPPhm7nVH3wZn8Ks/?lang=pt>. Acesso em: 16 Out. 2023.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001, Tese, Doutorado, Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html> . Acesso em: 06 nov. 2022.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Feminismo, bioética e vulnerabilidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 8, n. 1, pp. 237-244, 2000. Disponível em: [http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias\\_bioeticas/arquivos/Varias\\_feminista.pdf](http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Varias_feminista.pdf). Acesso em: 04 agost. 2023.

FADEN, R. R, BEAUCHAMP, T. L. A history and theory of informed consent. New York: **Oxford**; 1986.

FEBRASGO. **Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública**. 2018. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica?highlight=WyJjZXNhcmllhbmEiXQ==>. Acesso em: 06 nov. 2022.

FEINBERG, J. Legal Paternalism. **Canadian Journal of Philosophy**, vol. 1, no. 1, Setemb 1971, pp. 105–24. JSTOR. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40230341> . Acesso em: 05 nov. 2022.

FERNANDES, E. O sujeito epistêmico de Piaget. Pensadores da educação, **Nova Escola**, Ed 238, p. 6, 2010. Disponível em: <https://nova-escola-producao.s3.amazonaws.com/U8ZfM4Cpn9jxwVvBeqyaZJHjCt4ZnygAUmRxr7qvwpe2muKumKUHJ4wf4ZHd/o-sujeito-epistemico-de-piaget.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2022.

FRICKER, Miranda. Evolving Concepts of Epistemic Injustice. In: KIDD, Ian et al. 1 ed. **The Routledge Handbook of Epistemic Injustice**. New York: Routledge, 2017.

GABRIEL, A. DE B.; SANTOS, B. R. G. A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, 31 ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/vqSqqYjmywGvy6BHTs4DFjK/?lang=pt> Acesso em: 06 nov. 2022.

GIACOMINI, S. M.; HIRSCH, O. N. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, 15 maio 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2020v28n157704/43501> Acesso em: 18 out. 2023.

GOLDIM; J. R. **paternalismo**. 1998. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/paternal.htm>. Acesso em: 07 dez. 2022.

KOTTOW, M. História da ética em pesquisa com seres humanos. **RECIIS**, Rio de Janeiro. v. 2, n. 1, p. 203/177, 8 dez. 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/17570/2.pdf?sequence=2>. Acesso em: 07 nov. 2022.

LADEIRA, F. M. B.; BORGES, W. A. Colonização do corpo e despersonalização da mulher no sistema obstétrico. **Revista de Administração de Empresas**, v. 62, 27 maio 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/WmmrVD8nySn993mb4tpKDKg/> .Acesso em: 15 out. 2023.

LANG, M. K. Autonomía relacional en bioética. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 22, p. 1–17, 30 jun. 2023. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/20156/18190>. Acesso em: 15 out. 2023.

LEAL, M. D. C. et al. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, v. 26, p. 319–334, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/8dpThkCLr4NrV6bMLWh4MTB/?lang=pt> . Acesso em: 07 nov. 2022.

LIMA, W. D. S. et al. Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil. **Multidebates**, Palmas-TO, v. 2, n. 2, p. 41–55, 14 out. 2018. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/download/117/87> . Acesso em: 07 nov. 2022.

LUNA, F. Paternalism and the argument from illiteracy. **Bioethics**, v. 9, ed 3, p. 283–290, 1995. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1995.tb00363.x> . Acesso em: 18 dez. 2022.

MACHADO, A. A. A importância da autonomia como princípio bioético. [s.d.]. MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro, 189 p, Editora **FIOCRUZ**, 2010. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pr84k> . Acesso em: 18 dez. 2022.

MAYERNYIK, M. D. A.; OLIVEIRA, F. A. G. D. O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 11–20, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/mPNntfNrHkvn64VrrQ7jKgR/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 23 nov. 2022.

MAUADIE, R. A. et al. Práticas discursivas acerca do poder decisório da mulher no parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e220103, 29 jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2022.v26/e220103/pt> . Acesso em: 18 out. 2023.

MEDINA, E. T. et al. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00160822, 17 abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fzPT9ZS4btXFHmKnmTr8bFb/?lang=pt> . Acesso em: 30 nov. 2023.

MINAYO, M.C.S. and GUALHANO, L. Existe solução para o excesso de cesarianas no Brasil? [online]. **SciELO em Perspectiva | Press Releases**, 2022. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2022/02/18/existe-solucao-para-o-excesso-de-cesarianas-no-brasil/> . Acesso em: 11 dez. 2022.

MORTELARO, P. K.; CIRELLI, J. F. Corpos em relação: contribuições das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. **Saúde em Debate**, v. 45, n. especial 1 out, p. 168–180, 19 out. 2021. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4801/999> . Acesso em: 16 out. 2023.

NIY, D. Y. et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 30 maio 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/qGxKTQCQ9wH3d8NnLqgNNhz/> . Acesso em: 10 out. 2023.

OLIVEIRA, L. L. F. DE et al. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 24 set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/V94j4tKYssFk9n4LxDWv3wP/> . Acesso em :17 set. 2023.

PEREIRA, R. DA R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, p. 382–388, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/5D9QrxdXYGnzBLfzWMtcCFy/#> . Acesso em: 18 out. 2023.

POST, S. G. (ED.). **Encyclopedia of bioethics**. 3rd ed ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004. Disponível em: <http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826203920004.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2022.

Protagonismo - Dicio, Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/protagonismo/> . Acesso em: 01 nov. 2023.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017. Disponível em: <https://www.sindjorce.org.br/wp-content/uploads/2019/10/RIBEIRO-D.-O-que-e-lugar-de-fala.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2023.

ROCHA, N. F. F. D.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 556–568, 27 jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxl/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 16 out. 2023.

RODRIGUES, D. P. et al. Women’s perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VMVWnx97szrXDzn4KQxkxtn/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 11 nov. 2023.

RODRIGUES, G. T. et al. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. **Escola Anna Nery**, v. 25, 1 fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/87PT7TjHdqWGkWHzxK8F8Zv/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 12 nov. 2023.

RODRIGUES, S.; MILLEN, J. Protagonismo no parto. **Revista Quanta UFSJ**, 2016. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ascom/quanta%20ufsj%20-%20protagonismo%20no%20parto.pdf> Acesso em: 17 out. 2023.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. DE F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface - Comunicação, Saúde,**

**Educação**, v. 23, p. e170915, 2019. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31366/26925>. Acesso em: 06 dez. 2022.

SILVA, A. K. S., SOUZA JÚNIOR, E. A., SILVA, A. N. F., LONGATI, A. J., SCHIASSI, A. L. R., ANDREOLLI, A. L. S., ALVES, W. Y. Autonomia como princípio da bioética: perspectivas de estudantes de medicina. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 9, pág. e8411931366, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31366>. Acesso em: 18 nov. 2023.

SILVA, C. D. B; LORDELO, D. S. Protagonismo da gestante frente à escolha da via de parto. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 9, n. 9, p. 36-41, 2021. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Protagonismo-da-gestante-frente-a-escolha-da-via-de-parto-v-9-n-9.pdf> . Acesso em: 19 out. 2023.

SILVA, H. B. E. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. suppl 2, p. s419–s425, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/FPSjgw7STz35dnyhgYRpRCh/> . Acesso em: 21 dez. 2022.

SOTO, L. G. Dicionário de Filosofia Moral e Política: PRINCIPALISMO. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. **Instituto de Filosofia (IFILNOVA)**, 2019. Disponível em: <https://www.dicionariofmp-ifilnova.pt/wp-content/uploads/2019/07/Principialismo.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2022.

SOUZA; A. B, SILVA; L. C, ALVES; R. N, et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Campinas**, 25(3):115-128, 2016. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>. Acesso em: 05 dez. 2022.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, p. 374–377, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vtLjkcHyJvtMS8Fzrxv748w/abstract/?lang=pt#:~:text=O%20princ%C3%ADpio%20de%20autonomia%20do,decis%C3%B5es%20relacionadas%20ao%20seu%20tratamento>. Acesso em: 06 dez. 2022.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85–S100, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?lang=pt> . Acesso em 11 dez. 2022.

WHO (World Health Organization). **New global targets to prevent maternal deaths**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-new-global-targets-to-prevent-maternal-deaths>. Acesso em: 05 dez. 2022.