



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Raquel Pinheiro da Silva

**Expressões da autonomia relacional das mulheres frente ao agir de
enfermeiras obstétricas na parturição**

Rio de Janeiro

2023

Raquel Pinheiro da Silva

**Expressões da autonomia relacional das mulheres frente ao agir de
enfermeiras obstétricas na parturição**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Juliana Amaral Prata

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Raquel Pinheiro da.
Expressões da autonomia relacional das mulheres frente ao agir de enfermeiras obstétricas na parturição / Raquel Pinheiro da Silva. - 2023.
137 f.

Orientador: Juliana Amaral Prata.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Autonomia pessoal. 2. Gestantes. 3. Autonomia relacional. 4. Enfermeiras Obstétricas. 5. Parto normal. 6. Tecnologia culturalmente apropriada. I. Prata, Juliana Amaral. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Raquel Pinheiro da Silva

**Expressões da autonomia relacional das mulheres frente ao agir de
enfermeiras obstétricas na parturição**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 15 de Junho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Juliana Amaral Prata (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Carla Marins Silva

Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Jane Márcia Proganti

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Á Deus, que nunca desistiu de mim.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora e Mestre Dra. Juliana Prata Amaral, por seus ensinamentos transferidos a mim, por sua paciência, amizade e apoio nos momentos mais difíceis que vivi durante essa trajetória.

Aos meus pais por me ensinarem valores e princípios que serviram de alicerce para todas as minhas realizações.

Ao meu esposo por seu amor incondicional, seu apoio e companheirismo nesses meses de muito trabalho.

Aos meus filhos minha razão de viver e minha inspiração a prosseguir.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro e ao corpo docente que me incentivaram a percorrer o caminho da pesquisa científica.

RESUMO

SILVA, Raquel Pinheiro da. **Expressões da autonomia relacional das mulheres frente ao agir de enfermeiras obstétricas na parturição**. 2023. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A presente dissertação teve como objetivos: descrever as percepções das mulheres sobre o agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição; conhecer as expressões da autonomia da mulher frente ao agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição; identificar as interfaces entre o agir das enfermeiras obstétricas e a satisfação das mulheres com a experiência da parturição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada com 15 mulheres, que foram assistidas por enfermeiras obstétricas durante a parturição em instituições públicas do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados de maio a julho de 2022, por meio de entrevista semiestruturada, submetidos à análise temática indutiva e discutidos à luz das concepções teóricas da bioética feminista e literaturas sobre a temática. As percepções das participantes revelam que o agir das enfermeiras obstétricas conforma um processo de cuidar digno, empoderador e respeitoso, propiciado por habilidades relacionais, expressas em posturas de acolhimento e proximidade e demonstrações de disponibilidade, amorosidade e sensibilidade, associadas a ações que: transmitem apoio, confiança, afetividade, tranquilidade e segurança; favorecem o acolhimento e a construção de vínculo; proporcionam um ambiente confortável e acolhedor; respeitam a privacidade e a participação dos acompanhantes; promovem a autoconfiança das mulheres; asseguram o acesso a informações e práticas baseadas em evidências; e oportunizam decisões compartilhadas, com respeito às suas escolhas. Ademais, constatou-se que este agir propiciou o exercício da liberdade e da livre escolha das participantes, garantindo-lhes o direito: ao acompanhante; ao protagonismo; ao consentimento, livre e esclarecido; ao respeito à fisiologia do parto e à integridade corporal; à participação nos processos decisórios; e à liberdade para se alimentar e ingerir líquidos, se movimentar e adotar posicionamentos, expressar emoções e crenças religiosas, e decidir sobre os cuidados oferecidos, sem coerções. Como efeito, todas as participantes referiram satisfação com a experiência da parturição, ainda que duas delas tenham vivenciado situações pontuais de desrespeito na assistência, as quais parecem se relacionar com intercorrências obstétricas que necessitaram da atuação conjunta da enfermeira e do profissional médico. Conclui-se que o agir das enfermeiras obstétricas com uma atitude ética na relação de cuidado propiciou a autonomia relacional das participantes. Ao se posicionarem deste modo, essas especialistas expressaram valores, afetos e comportamentos condizentes com a abordagem feminista da autonomia relacional, desenvolvendo ações que valorizaram as experiências de vida das mulheres e viabilizaram seu lugar de fala por meio de relações simétricas e diálogos emancipatórios que as instrumentalizaram para reconhecer sua capacidade de autodeterminação, compreendendo a natureza contextual e interacional do seu senso de identidade e de sua capacidade de escolher e agir autonomamente. Considerando que as habilidades e ações manifestadas neste agir correspondem às tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, é possível inferir que estas tecnologias agregam uma dimensão bioética de inspiração feminista.

Palavras - chave: Gestantes. Autonomia pessoal. Liberdade. Parto normal. Enfermagem obstétrica. Tecnologia culturalmente apropriada.

ABSTRACT

SILVA, Raquel Pinheiro da. **Expressions of women's relational autonomy in view of the actions of obstetric nurses during parturition**. 2023. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The present dissertation had the following objectives: to describe women's perceptions about the action of obstetric nurses in the parturition process; to know the expressions of women's autonomy in relation to the action of obstetric nurses in the parturition process; to identify the interfaces between the actions of obstetrical nurses and women's satisfaction with the childbirth experience. This is a qualitative, descriptive and exploratory research carried out with 15 women, who were assisted by midwives during parturition in institutions of public services in the State of Rio de Janeiro. Data were collected from May to July 2022, through semi-structured interviews, submitted to inductive thematic analysis and discussed in the light of theoretical concepts of feminist bioethics and literature on the subject. The participants' perceptions reveal that the actions of obstetric nurses constitute a process of dignified, empowering and respectful care, fostered by relational skills, expressed in welcoming and close attitudes and demonstrations of availability, love and sensitivity, associated with actions that: transmit support, trust, affection, tranquility and security; they favor acceptance and bond building; provide a comfortable and welcoming environment; respect the privacy and participation of companions; promote women's self-confidence; ensure access to evidence-based information and practices; and provide opportunities for shared decisions, with respect to their choices. Furthermore, it was found that this action allowed the exercise of freedom and free choice by the participants, guaranteeing them the right: to the companion to be the protagonist; consent, free and informed; respect for the physiology of childbirth and bodily integrity; participation in decision-making processes; and the freedom to eat and drink fluids, move and adopt positions, express emotions and religious beliefs, and decide on the care offered, without coercion. As a result, all participants reported satisfaction with the parturition experience, although two of them experienced specific situations of disrespect in care, which seem to be related to obstetric complications that required the joint action of the nurse with the medical professional. It is concluded that the actions of the obstetrical nurses with an ethical attitude in the care relationship provided the participants' relational autonomy. By positioning themselves in this way, these specialists expressed values, affections and behaviors consistent with the feminist approach to relational autonomy, developing actions that valued the stories and life experiences of women and enabled their place of speech through symmetrical relationships and emancipatory dialogues that instrumentalized them to recognize their capacity for self-determination, understanding the contextual and interactional nature of their sense of identity and their ability to choose and act autonomously. Considering that the skills and actions manifested in this act correspond to non-invasive nursing care technologies, it is possible to infer that these technologies add a feminist-inspired bioethical dimension.

Keywords: Pregnant Women. Personal Autonomy. Freedom. Natural Childbirth. Obstetric Nursing. Culturally Appropriate Technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Cadeia de indicação das participantes	43
Figura 2 -	Síntese do processo analítico.....	47
Figura 3 -	O agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição.....	73
Figura 4 -	As expressões da autonomia relacional das mulheres frente à atitude ética das enfermeiras obstétricas no processo de parturição.....	75
Figura 5 -	A autonomia relacional da mulher na parturição e suas interfaces com a dimensão bioética das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem	78
Quadro 1 -	Quantificação dos códigos iniciais	114
Figura 6 -	Mapa temático do processo analítico	116
Quadro 2 -	Síntese do processo interpretativo e analítico	117
Quadro 3 -	Dados sociodemográficos das participantes	122
Quadro 4 -	Dados obstétricos das participantes	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DECS	Descritores em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PUBMED	U. S. National Library of Medicine
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNICE	Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	20
1.1	Direitos humanos das mulheres	20
1.2	Direitos das mulheres no contexto da parturição	24
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	28
2.1	Bioética de inspiração feminista	33
2.2	Aproximação entre o conceito de TNICE e as concepções da bioética feminista	37
3	METODOLOGIA	42
3.1	Tipo de estudo	42
3.2	Participantes do estudo	42
3.3	Procedimentos da coleta dos dados	44
3.4	Técnica de análise dos dados	46
3.5	Aspectos éticos e legais do estudo	48
4	RESULTADOS	49
4.1	Percepções das mulheres sobre o agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição	52
4.1.1	<u>O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar digno</u>	52
4.1.2	<u>O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar empoderador</u>	54
4.1.3	<u>O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar respeitoso</u> ...	55
4.1.4	<u>Vivências de situações desrespeitosas pontuais</u>	57
4.2	Expressões da autonomia da mulher no processo de parturição ...	58
4.2.1	<u>Autonomia expressa no protagonismo da mulher</u>	58
4.2.2	<u>Autonomia expressa na preservação da integridade corporal da mulher</u>	59
4.2.3	<u>Autonomia expressa no exercício da livre escolha da mulher</u>	60
4.2.4	<u>Autonomia expressa no exercício da liberdade da mulher</u>	61
4.3	Satisfação das mulheres com a experiência da parturição	63
5	DISCUSSÃO	65
	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS	82

APÊNDICE A - Instrumento de coleta dos dados	107
APÊNDICE B - Quantificação dos códigos iniciais	114
APÊNDICE C - Mapa temático do processo analítico	116
APÊNDICE D - Quadro síntese do processo interpretativo e analítico..	117
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120
APÊNDICE F - Dados sociodemográficos das participantes	122
APÊNDICE G - Dados obstétricos das participantes	124
ANEXO - Parecer de aprovação do Comitê de Ética	133

INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto a autonomia das mulheres na parturição frente ao agir das enfermeiras obstétricas à luz da bioética feminista.

A bioética é uma ciência que tem como objetos os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida a partir de valores morais e éticos que resguardam a dignidade humana (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001). Nos dilemas cotidianos do campo da saúde, a bioética age pautada na teoria principialista, por meio dos seguintes princípios: princípio da autonomia, que expressa a capacidade de pensar, agir e decidir, segundo sua própria vontade, com liberdade e responsabilidade sobre suas escolhas e decisões; princípio da beneficência, que trata da obrigação de agir fomentando o bem; princípio da não maleficência, que objetiva evitar ações prejudiciais à saúde física e mental; e princípio da justiça, que se refere à equidade no acesso aos serviços e na distribuição de recursos a todas as pessoas, sem distinções ou discriminações (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Ainda que a teoria principialista tenha sua relevância histórica nos avanços teóricos do campo da bioética, esta vertente vem sendo criticada por não incorporar as questões de gênero, as desigualdades e as diversidades que permeiam a sociedade, por sua concepção individualista do princípio da autonomia, que se mostra insuficiente para capturar a complexidade dos interesses e valores da vida humana, desconsiderando a influência do contexto e das relações sociais sobre a capacidade da pessoa para fazer escolhas autônomas (DINIZ; GUILHEM, 1999; DOVE et al., 2017; GOMES; MARQUES; FERNANDES, 2013; RODRIGUEZ, 2012).

Neste sentido, a bioética de inspiração feminista emerge com uma proposta revolucionária que agrega classe, gênero e raça aos debates bioéticos e engendra a luta por mudanças nas relações de dominação e subordinação, as quais impedem o exercício da autonomia de grupos populacionais vulnerabilizados e invisibilizados, dentre estes as mulheres (DINIZ; VELEZ, 2000; SANTOS, 2019; SHERWIN, 1992; WOLF, 1996).

Compreendendo a dimensão contextual e interacional na qual as identidades se constroem e as capacidades de autodeterminação se desenvolvem, a vertente feminista da bioética defende uma compreensão relacional da autonomia, que se

expressa nas conexões da pessoa com o ambiente e em suas interações com família, comunidade e sociedade, a partir das quais o sentido de si, suas capacidades e projetos de vida se estabelecem no cotidiano do viver em diálogo constante com as relações sociais de interdependência e responsabilidade (DOVE et al., 2017; ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011; GÓMEZ-VIRSEDA; MAESENEER; GASTMANS, 2019).

Sob este enfoque, emergiu a motivação para a realização desta pesquisa, pois, ao longo do Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), tive a oportunidade de atuar em diferentes maternidades. Neste percurso, observei que as mulheres ainda encontram dificuldades para expressar seus desejos, participar dos processos decisórios sobre os cuidados e exercer sua autonomia na parturição, mostrando-se, muitas vezes, passivas e submissas às condutas profissionais.

Utilizando-se do discurso científico autorizado, alguns profissionais de saúde exercem um poder sobre as mulheres acreditando que detém os saberes necessários para decidir sobre as opções de cuidado mais apropriadas. Estas situações revelam relações hierarquizadas que conformam posturas paternalistas, onde o profissional se percebe como superior, desconsidera as opiniões e preferências da parturiente e apresenta o que acredita ser melhor, desrespeitando a autonomia da mulher ou, em alguns casos, mascarando o exercício desta através de atitudes coercitivas da vontade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Por outro lado, há profissionais que propiciam a autonomia feminina no parto por meio da tomada de decisão compartilhada e da promoção de cuidados respeitosos, expressas em ações que: favorecem o estabelecimento de uma relação de apoio e confiança; transmitem segurança; estimulam a participação ativa da parturiente; respeitam a fisiologia do corpo, as escolhas e a dignidade feminina; proporcionam bem-estar físico e mental; incentivam a liberdade de movimentos e posicionamentos; e promovem a comunicação respeitosa e eficaz, bem como o acesso à informação, com vistas ao empoderamento e instrumentalização das mulheres, para reivindicar o exercício de sua cidadania, como identificar e se posicionar diante de situações de violação de seus direitos (CANANÉA; COUTINHO; MEIRELLES, 2020; LIMEIRA et al., 2018; OMS, 2018; SILVA et al., 2021; ZIRR et al., 2019; SILVA C. et al., 2019; VILELA et al., 2019; WINDAU-MELMER, 2013; ZORZAN; CAVALCANTE, 2016).

Ao estudar a história do parto e nascimento, percebi que a autonomia¹ da mulher, neste contexto, se transformou em função de mudanças na sociedade, na assistência à saúde e da emergência de movimentos sociais, que impulsionaram a publicação de documentos e recomendações oficiais sobre o parto, assim como a pactuação de planos de ação, firmados internacionalmente acerca dos direitos humanos das mulheres, incluindo os sexuais e reprodutivos.

No século XVIII, com a profissionalização da medicina, verifica-se um processo de medicalização da sociedade, quando aspectos cotidianos da vida foram transformados em objetos de intervenção pelo saber biomédico. Neste contexto, a ação médica se tornou um meio pelo qual o Estado controlava a população, impondo comportamentos, normas sociais e práticas de saúde (CAPONI; BRZOZOWSKI, 2013; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; TABET et al., 2017; TESSER; NETO, 2010).

Com a disseminação da visão de mundo medicalizada, os eventos fisiológicos da vida passaram a ser vistos como patológicos, como é o caso da sexualidade, do climatério e da reprodução (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018). Sob esta ótica, e considerando o corpo feminino como uma máquina defeituosa, o parto se transformou em um evento perigoso, que carece de controle por meio de práticas intervencionistas realizadas no hospital, vislumbrado como sinônimo de segurança. Como efeito, a presença do médico se tornou imprescindível, configurando a parturição como um ato masculino no qual a mulher se submete a procedimentos e rotinas invasivas, que a colocam em uma posição de passividade (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020; CURI; BAPTISTA, 2018; NIY et al., 2019; SANCHES et al., 2019; ZIRR et al., 2019).

À medida que a ideia de “sucesso” no parto se associava às práticas intervencionistas e ao uso de instrumentais do domínio médico, a institucionalização do parto e a masculinização da obstetrícia se consolidaram como discursos e práticas autorizadas, que culminaram na desqualificação dos saberes femininos, na perda da autonomia das mulheres e na associação simbólica do parto com risco, dor e sofrimento, passíveis de serem controlados e evitados pela ação biomédica

¹ Para fins deste estudo foi utilizado o conceito de autonomia relacional, que compreende as pessoas como seres relacionais cujas identidades e interesses são moldados pelas conexões estabelecidas com os ambientes humanos, naturais e artefactuais, as quais podem favorecer ou limitar o sentido de identidade e a capacidade de exercer a autodeterminação (DOVE et al, 2017).

(PALHARIM; FIGUERÔA, 2018; SANTOS, 2016; SOUSA et al., 2018; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Compreendendo que a medicalização é parte de um processo sociocultural complexo que se relaciona com uma sociedade impregnada pelo poder simbólico dos profissionais médicos, os pressupostos do modelo tecnocrático emergiram como norteadores da atenção obstétrica. Neste sentido, há a valorização de conhecimentos biomédicos, o uso excessivo de intervenções e a adoção de rotinas hospitalares rígidas, que conformam um ambiente invasivo e pouco favorável à fisiologia do parto e à autonomia feminina, em função de práticas que comprometem a integridade corporal e o acesso a informações, negam o direito de escolha e a liberdade das mulheres no parto, assim como as expõem a situações de violência (AYRES et al., 2018; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020; GOMES et al., 2018; NICIDA et al., 2020; OMS, 2014; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Em contraposição à heteronomia² imposta pelo processo de medicalização, verificam-se movimentos sociais brasileiros que lutam pela desmedicalização e se fortalecem com o discurso do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas, especialmente na concepção ampliada de saúde, na humanização, no incentivo à autonomia dos indivíduos, nas formas de corresponsabilização e nos princípios de universalidade, integralidade e equidade (OLIVEIRA et al., 2017; PINTO et al., 2017; TABET et al., 2017). Como exemplos, destacam-se: a Estratégia de Saúde da Família (ESF); os projetos de desinstitucionalização da atenção à saúde mental; a incorporação das práticas integrativas e complementares nos serviços públicos; a revalorização dos saberes populares; e os movimentos feministas e de mulheres (CAPONI; BRZOWSKI, 2013; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; TABET et al., 2017).

Em relação a estes últimos, cabe ressaltar o alinhamento de suas pautas nas décadas de 1980 e 1990 com a conjuntura global de discussões sobre a mulher e de críticas acerca do modelo tecnocrático na saúde. Este panorama impulsionou a organização de uma Rede de Movimentos pela Humanização do Parto e

²Heteronomia é a sujeição da pessoa à vontade de outras ou de uma coletividade, com base em princípios e valores morais que não se justificam pela razão. No âmbito da assistência à saúde, se expressa em posturas paternalistas, nas quais os profissionais se vêem como detentores da autoridade e decidem o que é melhor para o paciente, visto como uma pessoa vulnerável, desconsiderando-o como uma pessoa moral, que possui dignidade, vontade e história de vida (FREITAS; SEIDL, 2011).

Nascimento, que reivindicava a autonomia corporal das mulheres sobre a saúde sexual e reprodutiva, juntamente com o resgate do parto como um evento fisiológico (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2015; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Corroborando com essas lutas, em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou recomendações sobre “boas práticas no parto normal”, as quais também apontavam a importância da inserção de enfermeiras obstétricas neste âmbito assistencial pelas características de seu cuidado, tais como: o respeito ao protagonismo feminino; o incentivo ao parto normal; e o uso racional de tecnologias, com ênfase nas consideradas leves (DUARTE et al., 2019).

Além disso, acrescenta-se a legitimação das demandas dos movimentos feministas e de mulheres, no campos político e jurídico, a partir de debates mundiais em Conferências e Convenções sobre a atenção à saúde e o enfrentamento das desigualdades de gênero e das violências contra as mulheres, compreendidas como violações dos direitos humanos das mulheres, incluindo os sexuais e reprodutivos (CARVALHO-FILHA et al., 2018; SOUZA; FERREIRA, 2019; ZORZAM; CAVALCANTI, 2016). Esses direitos representam uma conquista histórica no sentido de assegurar a liberdade feminina e melhorar os indicadores de saúde, uma vez que apontam para o respeito à integridade corporal, à igualdade, às diversidades e à autonomia pessoal como alicerces da assistência à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas (FONTOURA; REZENDE; QUERINO, 2020).

No Brasil, este panorama repercutiu em mudanças no campo das políticas públicas de saúde, com a criação de programas, diretrizes e normativas para estimular a redução dos índices de cesariana, revalorizar o parto normal no SUS, amparar legalmente a atuação das enfermeiras obstétricas na assistência à parturição e assegurar os direitos humanos das mulheres, especialmente o direito à autonomia corporal e à assistência segura e respeitosa na gestação, na parturição e no puerpério (OMS, 2014; PRATA et al., 2019; PINHEIRO, 2020; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017; WINDAU-MELMER, 2013; ZORZAN; CAVALCANTE, 2016).

Neste contexto, o reconhecimento das enfermeiras na atenção ao parto e nascimento adveio das especificidades do cuidado de enfermagem, que valoriza as subjetividades do indivíduo e incorpora os aspectos biológicos e as dimensões do contexto de vida, assim como de suas disposições para promover as boas práticas na assistência obstétrica, por meio de um processo de cuidar não medicalizado, que impulsiona o protagonismo das mulheres e respeita a fisiologia do corpo feminino,

com o mínimo de intervenções (AMORIM et al., 2019; CAMPO et al., 2016; SANCHES et al., 2019; SCHETTINI; GRIBOSKI; FAUSTINO, 2017).

No campo científico da enfermagem, a oposição ao processo de medicalização foi demarcada com a construção do conceito de desmedicalização da assistência à saúde das mulheres, que compreende descartar o raciocínio clínico-médico como única possibilidade para compreender os eventos da vida humana, a saúde e o adoecimento. Para tanto, mudanças de atitude na relação com as mulheres são essenciais, apresentando-as outras formas de cuidado, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver com o direito de escolha (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017; VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

Na perspectiva de uma atuação desmedicalizada, as enfermeiras obstétricas desenvolveram tecnologias de cuidado próprias, que favorecem a progressão fisiológica da parturição e promovem conforto, bem-estar e relaxamento durante o trabalho de parto (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017; DUARTE et al., 2019; SCHETTINI; GRIBOSKI; FAUSTINO, 2017). Estes saberes e habilidades emanadas da prática destas especialistas no cuidado às mulheres deram origem às Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE), definidas como ações intencionais, que envolvem um conjunto de conhecimentos, técnicas e procedimentos, as quais são desenvolvidas em uma perspectiva de não invasão, o que confere distinção ao saber-fazer das enfermeiras (PRATA et al., 2019; VARGENS et al., 2019).

Sob esta ótica, as TNICE perpassam pelas seguintes concepções em relação ao processo de cuidar: a mulher e o bebê são os protagonistas da parturição, enquanto a enfermeira é coadjuvante; o cuidado é uma relação de troca, que se constrói a partir do acolhimento e da criação do vínculo, onde as decisões são compartilhadas; a enfermeira aplica saberes de diferentes esferas e incorpora as influências sociais, culturais e espirituais para propor cuidados, acreditando que o processo é de cuidar e não de controlar; e a enfermeira respeita a autonomia, privacidade, segurança e as escolhas da mulher, aprendendo que qualquer procedimento que invada seu corpo requer esclarecimentos e autorização prévia (PROGIANTI; VARGENS, 2004; VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Desse modo, as TNICE contribuem para a desmedicalização da atenção à saúde e o exercício da autonomia feminina nos diferentes espaços de cuidado às mulheres (PRATA et al., 2019; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017). Nas últimas décadas, essas concepções vêm se conformando como pilares das diretrizes e recomendações oficiais para a qualidade e segurança da assistência obstétrica, as quais agregam a perspectiva humanística e de gênero, os direitos humanos e as práticas baseadas em evidências (ACOG, 2019; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020; MS, 2017; NICE, 2014; NIY et al., 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018; WINDAU-MELMER, 2013).

Com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Convenção sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, cuidados seguros e respeitosos no parto e nascimento fazem parte dos direitos reprodutivos das mulheres em todos os sistemas de saúde do mundo, perpassando por: estar livre de danos e maus tratos; receber informação, ter consentimento informado, recusa e respeito por suas escolhas e preferências, incluindo a presença do acompanhante; privacidade e confidencialidade; tratamento digno e respeitoso; igualdade e atenção equitativa, sem discriminação; acesso aos cuidados de saúde e ter o mais alto nível de saúde possível; exercer liberdade, sua autodeterminação e autonomia, livre de coerção (ZORZAM; CAVALCANTI, 2016; WINDAU-MELMER, 2013).

Estes pressupostos devem orientar a atuação profissional e revelam a importância da bioética de inspiração feminista nos cuidados obstétricos, tendo em vista as desigualdades estruturais de gênero, orientação sexual, raça, classe, entre outras presentes na sociedade e as vulnerabilidades associadas às mulheres face à parturição em ambiente institucionalizados, como hospitais e maternidades, onde comumente as relações assimétricas de poder e a medicalização do corpo feminino conformam ações paternalistas que violam a dignidade e autonomia das mulheres (CARVALHO; BRITO, 2017; JARDIM; MODENA, 2018; LANSKY et al., 2019; TRAJANO; BARRETO, 2021; ZANARDO et al., 2017).

Neste contexto, é preciso considerar as fragilidades dos princípios éticos diante das situações de opressão e subordinação de grupos invisibilizados e vulnerabilizados, bem como de desigualdades e iniquidades sociais e de saúde, sendo necessário recorrer à justiça social para assegurar a dignidade, liberdade e autonomia como direitos humanos universais (DINIZ; GUILHEM, 2012; SANTOS, 2019; SILVA; TORTATO, 2018).

Diante destas ponderações, emergiram os seguintes questionamentos: quais são as percepções das mulheres sobre o agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição? Como a autonomia das mulheres se expressa frente ao agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição? Quais são as interfaces entre o agir das enfermeiras obstétricas e a satisfação das mulheres com a experiência da parturição?

Para desvelar estes questionamentos, foram traçados os seguintes objetivos:

- a) Descrever as percepções das mulheres sobre o agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição;
- b) Conhecer as expressões da autonomia da mulher frente ao agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição;
- c) Identificar as interfaces entre o agir das enfermeiras obstétricas e a satisfação das mulheres com a experiência da parturição.

A presente pesquisa tem a sua relevância no fato de que as percepções das mulheres sobre agir das enfermeiras obstétricas durante a parturição revelam o quanto o processo de cuidar destas especialistas efetivamente propicia a autonomia relacional no parto.

Ademais, sua realização se justificou frente à carência de pesquisas desenvolvidas no Brasil que exploram a bioética em pesquisas sobre a atuação das enfermeiras obstétricas e a autonomia feminina no parto. Neste sentido, realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medline (Pubmed), utilizando a pergunta "Quais são as percepções das mulheres sobre sua autonomia na parturição?".

Ressalta-se que essa busca aconteceu no dia 16 de julho de 2021, adotando-se expressões específicas em cada base de dados, com a combinação dos descritores "pregnant women", referente à população, "personal autonomy", concernente à intervenção, e "natural childbirth", equivalente ao contexto, utilizando o operador booleano "AND". Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, com o recorte temporal dos últimos 10 anos e sem qualquer filtro para idioma, foram encontradas 18 publicações, das quais 09 foram excluídas (01 era duplicada, 05 não estavam disponíveis gratuitamente na íntegra e 03 que não atendiam à temática pesquisada).

Este processo resultou na seleção de 09 publicações (08 da BVS, nenhuma da Scielo e 1 da Pubmed), as quais abordavam a medicalização do parto, autonomia e os saberes das mulheres sobre as posições para parir, movimento pelo parto vaginal natural, escolha da via de parto, opção pelo parto domiciliar e percepções sobre escolha da posição vertical no parto.

Diante da ausência de produções com o enfoque temático abordado pela presente dissertação, nota-se que a incorporação da bioética de inspiração feminista nas discussões sobre a autonomia das mulheres na relação de cuidado com as enfermeiras durante a parturição pode ser vislumbrada como uma inovação teórica do estudo, que contribuirá para o fortalecimento do campo científico da enfermagem e, conseqüentemente, da autonomia profissional da enfermagem obstétrica.

Assim, a pesquisa oferece subsídios para a qualificação da assistência desenvolvida por enfermeiras obstétricas, uma vez que seus resultados podem incitar um processo de autorreflexão nestas especialistas acerca do seu agir na relação de cuidados com as parturientes, com possibilidades para impulsionar a atualização de suas disposições no sentido de oferecer cuidados éticos baseados na compreensão relacional da autonomia das mulheres e promotores da justiça social, em consonância com os direitos reprodutivos e o ideário humanizado das políticas públicas do SUS.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Direitos humanos das mulheres

A busca pela proteção e garantia dos direitos humanos das mulheres revela uma história de lutas que tem sido impulsionada pelo movimento feminista ao longo dos anos, mediante a consolidação de espaços de resistência e incorporação de suas reivindicações nos tratados internacionais de proteção aos direitos humanos (PINTO, 2014; SILVA; SIQUEIRA, 2020).

O movimento internacional de proteção dos direitos humanos das mulheres alcançou maior visibilidade em 1993, com a campanha mundial intitulada “Sem as mulheres, os direitos humanos não são humanos”, que destacava o combate à discriminação e à violência, bem como a luta pelo respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (PINTO, 2014; TELES, 2006).

No entanto, esses espaços de resistência não têm sido construídos de forma contínua, pois os movimentos sociais de mulheres têm experimentado uma invisibilização política e civil, que interfere no exercício pleno da cidadania, o qual alcança avanços, se depara com retrocessos ou enfrenta maiores desafios (SILVA; SIQUEIRA, 2020).

Historicamente, há uma cultura de exclusão dos direitos das mulheres enraizada na sociedade, haja vista que a problemática da violência contra este grupo populacional ainda é, muitas vezes, vista como um assunto pertencente ao mundo privado que não requer uma abordagem política. Esta compreensão equivocada é mais forte quando se trata de segmentos invisibilizados, como as mulheres indígenas, negras, profissionais do sexo e encarceradas, denotando a essencialidade de um debate amplo sobre o tema (TELES, 2006).

Cabe ressaltar que o reconhecimento dos direitos humanos como direitos universais, inerentes aos seres humanos, sem discriminação e independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição, se consolidou com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Como um ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, este documento estabelece o direito à vida, à liberdade de opinião e expressão, ao trabalho e à educação, dentre outros, como direitos humanos universais (ONU, 1948).

A perspectiva ética dos direitos humanos, orientada pela afirmação da dignidade e prevenção do sofrimento humano, passa a vislumbrar o indivíduo como um ser que possui o direito à vida, paz, felicidade, dignidade humana e justiça social, assim como de desenvolver suas potencialidades de forma autônoma. Essa concepção contemporânea é marcada pela universalidade, e defende que estes direitos são indivisíveis, quer sejam de natureza civil, política, econômica, social ou cultural, estão interligados e inter-relacionados, sendo inerentes à dignidade da pessoa humana. Sob esta ótica, todos os direitos possuem o mesmo valor de modo que, quando um deles é transgredido, todos os demais também o são, assim como a efetivação plena de um depende da efetivação dos outros (PINTO, 2014).

A reafirmação da universalidade dos direitos humanos foi uma das conquistas mais difíceis da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena no ano de 1993, em meio aos conflitos entre a visão ocidental universalista e a visão culturalista dos povos não ocidentais. Este panorama, associado à presença de delegações de vários Estados, viabilizou a constituição de espaços plurais de discussão, em um ambiente que se mostrava propício para a construção de um consenso mundial baseado nos direitos humanos (ALVES, 1994; HERNANDEZ, 2010).

Como frutos desta Conferência, a Declaração e o Programa de Ação enfatizam as responsabilidades dos Estados em proteger e promover os direitos humanos e as liberdades individuais de todas as pessoas, sem distinção de raça, sexo, idioma ou religião, com ênfase nos direitos humanos de grupos considerados vulneráveis (ALVES, 1994; TRINDADE, 1993). Ademais, destaca-se a perspectiva de gênero incluída nestes documentos, ao reconhecer os direitos de mulheres e meninas como parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais, bem como considerar que a violência contra as mulheres constitui uma violação destes direitos (TELES, 2006; TRINDADE, 1993).

Ao defender a participação plena e igual das mulheres na vida política, civil, econômica, social e cultural, assim como a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, a Declaração de Viena deu visibilidade ao processo de especificação do indivíduo e de seu direito à justiça, reconhecendo as diversidades e repensando os direitos humanos a partir da relação entre os gêneros (PINTO, 2014; RUBIN, 2012; TELES, 2006).

Compreendendo a existência de diversas identidades, ancoradas no gênero, orientação sexual, idade, raça e etnia, entende-se que os indivíduos são diferentes em sua essência e, por isso, é preciso considerar o direito à diferença, distinguindo igualdade de homogeneidade. Nesta perspectiva, a equidade emerge como ferramenta fundamental para o alcance da justiça social, perpassando pelo tratamento igual para aqueles que estão em situação de igualdade, e pela abordagem distinta os que se encontram em situação de desigualdade (PINTO, 2014).

No decorrer da história, constata-se inúmeras violações dos direitos humanos decorrentes de diversidades e diferenças, as quais eram utilizadas para classificar uma pessoa como um ser inferior em dignidade e direitos, como, por exemplo, a escravidão, o nazismo, o sexismo, o racismo, a homofobia, a xenofobia e outras práticas de intolerância. Além disso, negar a pluralidade de identidades humanas existente na sociedade conforma ações estigmatizantes e excludentes, que acentuam as desigualdades (PINTO, 2014; SANTOS; TATIANE, 2014).

Assim, compreende-se que os direitos humanos não podem ser tratados de forma genérica, visto que diferentes sujeitos de direito e determinadas transgressões de direitos exigem respostas diferenciadas, como é o caso de grupos vulnerabilizados e invisibilizados, incluindo as mulheres, que precisam ser vislumbradas considerando as singularidades de sua condição social, pois somente por meio do respeito às diferenças e diversidades é possível conferir proteção especial aos direitos (DINIZ; GUILHEM, 2009).

Para tanto, foram publicados alguns documentos internacionais importantes, tais como os elaborados: na "Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher", em 1979; na "Convenção para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher", em Belém do Pará no ano de 1994; na Conferência de População e Desenvolvimento (Cairo - 1994); e na IV Conferência Mundial de Mulheres (Pequim - 1995) (RUBIN 2012; TELES, 2006).

As discussões e acordos firmados nas duas últimas Conferências são considerados marcos éticos e políticos dos direitos humanos das mulheres, pois abordaram o conceito de gênero, a noção de empoderamento e a incorporação da transversalidade de gênero nas políticas públicas. Também identificaram dificuldades enfrentadas por meninas e mulheres para exercerem seus direitos e se desenvolverem de forma plena e integral, apontando como áreas prioritárias de enfrentamento: a insuficiente promoção e proteção de seus direitos, as violências e as desigualdades no acesso à educação e aos serviços de saúde (FIOCRUZ, 1996; ONU, 1994; ONU, 1995; UNFPA, 2007).

Em uma perspectiva inovadora, trouxeram a definição de saúde sexual e reprodutiva consolidando-as como um estado de bem estar físico, mental e social, sendo necessário assegurar às pessoas o direito à uma vida sexual satisfatória e segura, com a capacidade de ter filhos e a liberdade de decidir quando tê-los e quantas vezes desejar. A partir dessa conceituação, compreende-se que os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte dos direitos humanos, onde as mulheres têm direito à informação sobre métodos de regulação da fecundidade e de planejamento reprodutivo, seguros, eficazes, acessíveis e que sejam de suas escolhas, assim como possuem direito ao acesso aos serviços de saúde que ofereçam melhores chances de filhos saudáveis (FIOCRUZ, 1996; ONU, 1994; ONU, 1995; UNFPA, 2007).

Como iniciativas mais recentes, ressaltam-se: a Agenda 2030, acordada entre os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, que define os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais contribuem para a construção de uma cultura de direitos humanos; e a Cúpula de Nairobi, organizada pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) no ano de 2019, que produziu um documento ratificando o direito das mulheres à autonomia, à integridade corporal e ao acesso aos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, bem como pactuando o "três zeros": zero necessidade não atendida de planejamento familiar; zero mortes maternas evitáveis; e zero violência de gênero e práticas prejudiciais contra mulheres, meninas e jovens (MARTINS, 2019; ONU, 2015).

A despeito desses esforços no âmbito nacional e internacional, o respeito aos direitos humanos das mulheres, incluindo os sexuais e reprodutivos, ainda não é uma realidade universal, pois a estrutura da sociedade, ancorada em valores patriarcais, racistas, heteronormativos e coloniais, engendra e reproduz situações de opressão e dominação relacionadas ao gênero, à raça, à classe social, à etnia, à sexualidade, à nacionalidade e aos territórios de origem e pertencimento (ALMEIDA, 2021; ARAÚJO, 2021; DAVIS et al., 2019; EBERT et al., 2014; HUSCHKE, 2022; LÓPEZ; NÓBREGA, 2011; THACHUK, 2007).

Neste contexto, onde desigualdades permeiam os modos de viver das mulheres e determinam incontáveis violações de direitos, a promoção da equidade, por meio de ações que contemplem as diferenças para impulsionar a igualdade, se configura como o mecanismo fundamental para assegurar a justiça social e, assim, o exercício pleno dos direitos humanos (ALMEIDA, 2021; ARAÚJO, 2021; DAVIS et al., 2019).

1.2 Direitos das mulheres no contexto da parturição

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, os direitos humanos das mulheres perpassam pelo direito: à vida, sobrevivência, segurança e sexualidade; à autodeterminação reprodutiva e livre escolha de maternidade; à dignidade, à saúde e aos benefícios dos avanços científicos; e ao acesso à informação para a tomada de decisões, livre de discriminação e com respeito às diferenças. Aplicados ao contexto do parto e nascimento, esses direitos se traduzem no direito ao cuidado materno seguro, digno e respeitoso (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021; ALMEIDA, 2021; ARAÚJO, 2021; WINDAU-MELMER; 2013; ZORZAM e CAVALCANTI, 2016).

Os marcos regulatórios de defesa da maternidade datam de 1919, por ocasião da Conferência Internacional do Trabalho, quando instiu-se a licença-maternidade, a promoção do aleitamento materno e a impossibilidade de demissão da mulher trabalhadora na condição de gestante ou puérpera (OIT, 1919). Corroborando, a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, do ano de 1966; e a IV Conferência Mundial da Mulher, em 1995, reconheceram a importância da

proteção do emprego e da garantia de cuidados de saúde específicos e assistência social adequada durante a gestação, parturição, puerpério e infância (ONU, 1948; ONU, 1966; ONU, 1995).

Nos anos 2000, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000) e dos ODS (2015), a ONU pactuou metas para promover a autonomia das mulheres e melhorar a saúde materna e infantil, com destaque para: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar; alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; bem como reduzir as desigualdades (ONU, 2000; ONU, 2015).

As infrações dos direitos das mulheres no parto têm sido um tema recorrente no campo da saúde e dos direitos humanos, visto que, no mundo, todos os dias aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gravidez e à parturição (WHO, 2019). Dados do Brasil mostram que a assistência ao parto se associa com o uso de práticas desnecessárias e não consentidas, de modo que 95% das brasileiras se percebem como objeto de intervenções quando estão em instituições hospitalares (LEAL e GAMA, 2014; SANTOS, 2019), culminando em situações de violência obstétrica vivenciadas por uma em cada quatro mulheres (FPA, 2010).

Sob a influência de movimentos sociais e de mulheres que reivindicavam o resgate da autonomia feminina, a incorporação das diversidades no cuidado em saúde e melhorias na atenção obstétrica a partir do componente humanístico, o panorama brasileiro se reconfigurou com marcos regulatórios e programáticos publicados pelo MS, a saber: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM - 1984); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN - 2000); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM - 2004); e Rede Cegonha (2011) (BRASIL; 1984; 2000; 2004; 2011).

Independentemente do enfoque, estes documentos apresentam diretrizes norteadoras para que as ações de saúde contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres (SANTOS; ARAÚJO, 2016; SOUSA et al., 2018). Especificamente em relação à assistência obstétrica, apontam a vinculação entre os serviços, o cuidado em saúde baseado em evidências científicas e o uso racional de intervenções como impulsionadores de práticas qualificadas, seguras e respeitosas (SOUSA et al., 2018).

Reafirmando o compromisso com o incentivo ao parto normal e às boas práticas, bem como com a proteção dos direitos das mulheres no processo de parturição, destacam-se os documentos "Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal", publicado pelo MS em 2017, e "*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*", da OMS em 2018 (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

A despeito dos avanços conquistados nas últimas décadas, ainda persistem situações de dificuldades de acesso, discriminações, abusos, desrespeitos, maus-tratos e negligências relacionadas aos cuidados de saúde na gravidez e no parto, que impactam as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, representam violações dos direitos humanos das mulheres e, muitas vezes, resultam em mortes maternas evitáveis (ALBUQUERQUE, 2021; WHO, 2014; JARDIM; MODENA, 2018; RODRIGUES et al., 2018; TRAJANO; BARRETO, 2021; ZORZAM; CAVALCANTI, 2016).

Diante deste panorama alarmante de óbitos maternos por causas evitáveis e violências no contexto da gestação e parturição, torna-se prioritário melhorar a saúde materna a partir do fortalecimento da cobertura universal de saúde e de uma abordagem dos direitos humanos, que consiste em assegurar cuidados maternos dignos, seguros e respeitosos a todas as meninas e mulheres (WHO, 2019).

Para tanto, a Declaração Universal de Direitos Humanos e a perspectiva dos direitos do paciente oferecem um arcabouço ético-jurídico de proteção, reivindicação e obrigação para mulheres, profissionais e serviços de saúde. Nessas perspectivas, promover e proteger o direito de gestantes, parturientes e puérperas à dignidade, segurança e respeito na assistência obstétrica, envolve as seguintes ações e atitudes na relação de cuidado: (ALBUQUERQUE, 2021; WINDAU-MELMER; 2013; WRA, 2013; ZORZAM; CAVALCANTI, 2016).

- a) Assegurar o direito à vida, à saúde e à dignidade, por meio do acesso aos cuidados equitativos, de qualidade, em tempo oportuno e baseados em evidências científicas;
- b) Permitir e respeitar o acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
- c) Não agir de modo degradante e desumano ou manifestar atitudes discriminatórias associadas à classe social, raça ou identidade, de indiferença ou negligência à dor, humilhações e abusos verbais ou psicológicos;

- d) Fornecer esclarecimentos acerca da evolução do parto, do estado de saúde materno e fetal, bem como sobre qualquer procedimento necessário neste processo;
- e) Obter consentimento antes de procedimentos e intervenções, proporcionando escolhas esclarecidas, sem coerções e com respeito nos casos de recusa da mulher;
- f) Respeitar o desejo de uma segunda opinião, com garantia da continuidade dos cuidados;
- g) Permitir à mulher o acesso ao seu prontuário;
- h) Preservar a integridade corporal, sem qualquer forma de violência física ou uso de práticas invasivas desnecessárias e sem comprovação científica;
- i) Resguardar a privacidade da mulher e a confidencialidade das informações pessoais;
- j) Compartilhar as decisões, mantendo diálogo mútuo com a mulher no sentido de acolher suas preferências e apresentar riscos, benefícios e implicações relacionadas à assistência;
- k) Propiciar e respeitar a liberdade, a autodeterminação e a autonomia da mulher.

Para a efetivação do direito aos cuidados maternos dignos, seguros e respeitosos na prática obstétrica, é necessária a corresponsabilização entre: o Estado, na garantia do acesso universal e equânime à atenção integral à saúde; os gestores, no sentido de assegurar a qualificação da assistência por meio de infraestrutura adequada, protocolos institucionais e capacitação permanente nos serviços; os profissionais de saúde, comprometendo-se com o estabelecimento de relações humanas e éticas, bem como o desenvolvimento de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e de atividades de educação em saúde promotoras dos direitos humanos; e as mulheres, que, ao conhecerem seus direitos no contexto do parto e os mecanismos de acesso à justiça, podem identificar e denunciar situações de violação. Sob esta ótica, cria-se uma nova cultura de cuidados em saúde capaz de reverter a morbimortalidade materna por causas evitáveis, uma vez que se mostra ancorada na promoção e proteção dos direitos humanos das mulheres (ALBUQUERQUE, 2021; MARQUES, 2020; WHO, 2014; WHO, 2019).

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Em um esforço de evitar os horrores que foram cometidos nos campos nazistas, as discussões éticas envolvendo participantes de estudo surgiram depois da Segunda Guerra Mundial, após o processo de Nuremberg em 1946, que foi um tribunal militar internacional instalado para julgar o alto escalão nazista pelos inúmeros crimes de guerra cometidos contra a humanidade (DINIZ, 2008; MERBACH, 2014).

Nesse período, o termo “cobaia” passou a ser utilizado para expressar o estado de vulnerabilidade dos prisioneiros de guerra, dentre eles, judeus, ciganos, pessoas portadoras de deficiência e outras minorias étnico-raciais, que foram utilizadas como verdadeiras cobaias vivas em experimentos médicos realizados nos campos de concentração, sem direito ao agir autônomo. No fim da primeira metade do século XX, estas atrocidades se tornaram mundialmente conhecidas, impulsionando reflexões acerca da ética na vida humana (MERBACH, 2014).

Somente na década de 1970, após a publicação de obras importantes do pesquisador norte-americano Van Rensselaer Potter, a bioética alcançou o *status* de um novo campo de conhecimento dentro da ética aplicada, que agrega as ciências humanas às áreas das ciências biológicas e médicas (JUNQUEIRA, 2007; NUNES, C.; NUNES, A., 2004).

A bioética se utiliza de diferentes modelos explicativos que apresentam propostas de reflexão e ação diante de situações de conflitos e de limites da vida humana. Essas correntes de pensamento surgiram em momentos históricos distintos, mas compartilham da intenção de propor arcabouços teóricos para preservar a vida e melhorar suas condições, assegurando o bem-estar das pessoas, evitando possíveis danos decorrentes da influência de interesses particulares e garantindo o direito do indivíduo em ter sua autonomia, crenças e valores respeitados (NUNES, C.; NUNES, A., 2004).

Como uma das correntes bioéticas mais difundidas, destaca-se a principialista, que propõe quatro princípios básicos para sistematizar a abordagem de dilemas e problemas bioéticos, a saber: respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Estes princípios não devem ser considerados como regras que direcionam o agir em determinadas circunstâncias, mas são diretrizes gerais

que concedem espaço para julgamento em casos específicos, orientando a formulação de regras de conduta mais detalhadas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013; REGO; PALÁCIOS; BATISTA, 2009).

A bioética baseada nos princípios do respeito à autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça foi elaborada na segunda metade da década de 1970, pelo filósofo Tom Beauchamp e pelo teólogo James Childress, como alicerces do agir moral na ética biomédica, oito anos após Van Rensselaer Potter ter cunhado o neologismo bioética. Para eles, os princípios possuem um caráter "*prima facie*", de modo que não existe qualquer hierarquia entre os mesmos, todos têm igual valor e devem ser respeitados, todavia, frente a razões suficientemente fortes que exijam a adoção de um ou outro princípio, a infração pode ser justificada (SILVA, 2021; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Beauchamp e Childress, o princípio da não maleficência remete ao antigo pilar hipocrático "*primum non nocere*", que significa "acima de tudo não causar danos", sendo um princípio primordial que, na prática dos profissionais de saúde, se traduz em não prejudicar seus pacientes de forma intencional e, no âmbito da pesquisa, se materializou na atitude ética de proibir experimentos com potencial de causar danos aos participantes, ainda que mediante o consentimento dos mesmos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; REGO; PALÁCIOS; BATISTA, 2009; SILVA, 2021).

Portanto, o princípio da não maleficência difere do princípio da beneficência, visto que o primeiro objetiva evitar ações prejudiciais e o segundo gerar ações positivas. Apesar desta distinção, alguns profissionais têm dificuldades em distingui-los, assim como ambos os conceitos comumente ocupam certa centralidade na ética biomédica, em detrimento ao princípio do respeito à autonomia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; REGO; PALÁCIOS; BATISTA, 2009; SILVA, 2021).

O princípio do respeito à autonomia busca romper a relação paternal entre profissional e paciente, pois reconhece o direito do indivíduo de governar livremente a sua vida, realizando racionalmente as suas próprias escolhas. Na assistência à saúde, o respeito à autonomia significa apresentar de forma clara a situação clínica para o paciente e oferecer as opções de tratamento/intervenções disponíveis, oportunizando ao outro a escolha esclarecida e informada, de modo a minimizar temores e condições que possam interferir no exercício de sua autonomia (REGO; PALÁCIOS; BATISTA, 2009).

Beauchamp e Childress consideram que a ação autônoma se relaciona com esclarecimento, intencionalidade e ausência de coerção, pois agir com autonomia requer o reconhecimento de que as pessoas são capazes de fazer escolhas baseadas em suas crenças e valores, bem como o fornecimento de informações e apoio para a tomada de decisão, sem influências internas e externas, compreendendo que o bem comum impõe certos limites às decisões livres dos indivíduos (ALMEIDA, 1999; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Por outro lado, este princípio, muitas vezes, se encontra fragilizado diante, por exemplo, do princípio da beneficência. Nestes casos, ao se preocupar apenas com a obrigação moral de agir em benefício, desconsidera-se o respeito à autonomia, culminando em ações paternalistas, que impõe limites à autonomia individual (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, SILVA, 2021).

O princípio da justiça se refere ao dever de agir com equidade, compreendendo que todos os bens sociais, como liberdades e oportunidades, devem ser distribuídos de forma igualitária, a menos que a distribuição desigual se dê em benefício dos menos favorecidos. É importante ponderar os desafios relacionados à sua concretização, haja vista as iniquidades existentes no acesso aos serviços de saúde, sendo esta uma das mais atuais pautas da bioética (ALMEIDA, 1999; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; REGO; PALÁCIOS; BATISTA, 2009; SILVA, 2021).

Em situações relacionadas à assistência e à pesquisa no campo da saúde, o agir baseado na justiça e na equidade se traduz em equacionar benefícios, riscos ou danos, reconhecer as necessidades individuais e optar por ações justas, que proporcionem mais a quem tem menos e menos a quem tem mais, tratando distintivamente os desiguais (REGO; PALÁCIOS; BATISTA, 2009).

Ao longo do tempo, os quatro princípios defendidos por Beauchamp e Childress vêm sendo amplamente utilizados e sua corrente bioética, muitas vezes, reconhecida como a única existente, apesar do principialismo conceber o diálogo com outras teorias morais e a possibilidade de agregar novos princípios, em um movimento de adaptação às mudanças desde que resguardecam a coerência com a concepção original de seus princípios (ALMEIDA, 1999; GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

O caráter hegemônico e aparentemente universal da teoria principialista influenciou diversos pensadores da área da saúde. No entanto, em meados dos

anos de 1990, verifica-se o seu enfraquecimento a partir de críticas emanadas de pesquisadores norte-americanos, europeus e bioeticistas latino-americanos, que questionavam a validade da teoria e sua aplicabilidade à realidade concreta de desigualdades existente nos países centrais e periféricos, bem como sua capacidade de responder aos conflitos e dilemas bioéticos em diferentes contextos (FIGUEIREDO, 2018; GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016). Além do mais, devido ao pluralismo histórico, as múltiplas opiniões políticas, religiosas, experiências e modos de ver o mundo, diferentes examinadores também poderiam justificar conclusões morais discordantes diante de um mesmo dilema ético (AZAMBUJA; GARRAFA, 2015).

Neste sentido, indagavam se os princípios da bioética principialista eram suficientes para fundamentar uma teoria moral capaz de fornecer soluções práticas e objetivas, pois constantemente esta corrente carece de adequações em suas normas, sobretudo diante da existência de conflitos entre os princípios, os quais funcionam como checklists de valores estruturados, sem um arcabouço apropriado de justificação moral ou de vinculação entre as regras (ALMEIDA, 1999; CLOUSER; GERT, 1990; GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

Compreendendo que uma teoria adequada deveria estabelecer bases morais para a identificação de regras frente aos dilemas morais, K. Danner Clouser e Bernard Gert, no artigo “A Critique of Principlism”, publicado em 1990, propuseram a teoria da moralidade comum, tendo como eixo central um contexto sensível às interpretações de regras morais gerais, aplicáveis a qualquer pessoa, perpassando todas as culturas, a qualquer tempo e lugar (ALMEIDA, 1999; AZAMBUJA; GARRAFA, 2015; CLOUSER; GERT, 1990).

Apesar de incorporar aspectos da natureza humana, a moralidade comum apresenta um sistema moral único aplicável a todas as pessoas racionais. Por outro lado, há de se considerar a complexidade dos dilemas morais e a pluralidade existente na sociedade, com culturas e identidades nacionais, étnicas, religiosas e raciais distintas, o que inviabiliza a possibilidade de se estabelecer um padrão universal de moralidade capaz de garantir o consenso em um contexto de diversidades (ALMEIDA, 1999; AZAMBUJA; GARRAFA, 2015).

Ainda que as primeiras teorias bioéticas, inclusive a principialista, propusessem concepções éticas universais que fossem válidas para todas as situações de conflitos morais, posteriormente, constatou-se que as diferenças

existentes entre as inúmeras culturas dentro de seus arranjos sociais não poderiam ser ignoradas (ALMEIDA 1999; AZAMBUJA; GARRAFA, 2015; FIGUEIREDO, 2018).

Frente à impossibilidade da aplicação de uma teoria moral única, e na busca por alternativas, surgiram outras linhas de pensamentos em bioética. Na América Latina, questões socioculturais impulsionaram reflexões acerca da submissão histórica da região, despontando a construção de novas teorias, que divergem da visão centralista norte-americana, da qual o princípalismo deriva, e avançam no atendimento das necessidades específicas da população, considerando as distintas realidades de opressão e dominação que acometem, inclusive, o Brasil (CASSOL, 2006; MARTIGNAGO, 2021).

O interesse crescente pela bioética no cenário brasileiro adveio do desenvolvimento de pesquisas sobre genoma humano e clonagem, com a consequente criação de órgãos regulamentadores, como a Sociedade Brasileira de Bioética, fundada em 1995; do advento de cursos de pós-graduação na área; e do lançamento da Revista Bioética, o principal periódico temático. Neste contexto, a abordagem inicial da bioética foi conduzida por homens, em sua maioria médicos ou teólogos, e se caracterizava por uma visão homogênea, generalizante e, predominantemente, deontológica, que não vislumbrava as situações de opressão relacionadas ao gênero, à classe social, à etnia ou aos grupos sociais invisibilizados (DINIZ; GUILHEM, 2009; MARTIGNAGO, 2021).

Estas questões, em meio aos movimentos sociais emergentes que lutam pela igualdade de direitos e pelo respeito às diversidades, impulsionaram o surgimento de outras correntes da bioética. Neste sentido, a teoria crítica feminista contribui com a ideia de que não se pode falar de autonomia como um princípio mediador absoluto de conflitos morais em uma sociedade repleta de desigualdades e vulnerabilidades (DINIZ; GUILHEM, 2009).

A partir deste discurso, a bioética de inspiração feminista trouxe uma nova onda reflexiva, que propunha a incorporação de mulheres, crianças, minorias étnicas e raciais, pessoas com deficiências, idosos e pobres às pautas das discussões éticas (DINIZ; GUILHEM, 2009).

2.1 Bioética de inspiração feminista

Apropriando-se de reflexões sobre ética feminina e feminista da década de 1960, a bioética de inspiração feminista surgiu no início dos anos de 1990, quando foram publicadas as primeiras pesquisas e ensaios sobre o tema. Desde então, esta vertente vem contribuindo significativamente com investigações críticas acerca dos arranjos de poder e gênero que permeiam os aspectos culturais e históricos relacionados com a opressão das mulheres, trazendo à tona discussões sobre o direito à dignidade de populações subjugadas em nome das diversidades, as quais foram erroneamente consideradas inferiores por moralidades históricas intolerantes (DINIZ; GUILHEM, 2009; DINIZ; VELEZ, 2000; MARTIGNAGO, 2021).

Independentemente da terminologia adotada no Brasil para se referir à bioética feminista, “bioética não sexista, antirracista e libertária”³ ou “bioética crítica de inspiração feminista”⁴, sua proposta inicial não se restringia à incorporação do feminismo às ideias bioéticas imperantes, mas concentrou-se em uma perspectiva crítica das desigualdades sociais e da assimetria de gênero, para instigar a fragilidade dos pressupostos universalistas da bioética principialista, que guiaram a prática médica por décadas (ALMEIDA, 1999; DINIZ; VELEZ, 2000; MARTIGNAGO, 2021).

A correlação entre o feminismo e as questões bioéticas trouxeram à tona situações que, por muito tempo, foram silenciadas pela generalidade dos princípios universalizantes (DINIZ; GUILHEM, 2009). Assim, suas ideias ganharam visibilidade em conferências, congressos e na academia, como na Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos, organizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 2005, a partir da qual os países signatários reconhecem também a importância de alcançar a equidade e se comprometem com a aplicação de princípios fundamentais da bioética (ONU, 2005).

Compreendendo a relação direta destes princípios com questões fundamentais dos estudos de gênero, a bioética de inspiração feminista passa a discutir a situação das mulheres em um contexto de opressão, desigualdade social e

³ O termo “bioética não sexista, antirracista e libertária” foi utilizado por Fátima Oliveira, no ano de 1995. (OLIVEIRA, 2009, p. 74-107)

⁴ “Bioética crítica de inspiração feminista” foi a denominação dada por Debora Diniz e Dirce Guilhem, em 2002. (DINIZ; GUILHEM, 2002).

de subordinação, analisando as estruturas de poder e sua influência nociva na sociedade, percebendo a mulher e a rede de relações sociais na qual ela se encontra inserida (ALMEIDA, 1999; COLOVAN; LESZCZYNSKI, 2003; DINIZ; GUILHEM, 2002; DINIZ; GUILHEM, 2009).

Como uma vertente auto-reflexiva da bioética, a bioética feminista não se reduz à uma aplicação automática de quatro princípios básicos, mas almeja mecanismos de reparação social da vulnerabilidade moral, a fim de que os princípios éticos, até então reconhecidos como universais, se transformem em algo concreto, efetivo e capaz de defender pessoas em situação de vulnerabilidade (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008; COVOLAN; LESZCZYNSKI, 2003).

Como fruto de uma visão política clara do feminismo, a ética feminista se dedica ao reconhecimento das experiências da vida moral feminina e dos estereótipos sociais, com críticas acerca das práticas que determinam a opressão e as desigualdades associadas ao gênero (DINIZ; GUILHEM, 2002; SHERWIN, 1992). Neste sentido, reconhecem que as relações de poder entre homens e mulheres, nas quais cada um recebe um papel social de acordo com suas diferenças sexuais, resultam na distribuição desigual de poder, que gera hierarquias opressivas e assimetrias que subjagam as mulheres (DINIZ; GUILHEM, 2002; KUHNEN, 2018).

Assim, a bioética feminista critica o principialismo, especialmente, por seus princípios serem abstratos e referenciados de modo descontextualizado, desconsiderando a hierarquia de gênero, as diferenças individuais e contextuais, bem como a situação de pessoas oprimidas e vulneráveis. Por isso, se mostram incapazes de serem aplicados igualmente para todos, alcançando somente indivíduos privilegiados, ou que podem prejudicar pessoas em situações de conflito, quando mal aplicados (DINIZ; GUILHEM, 2002).

No tocante ao princípio da autonomia, as perspectivas críticas feministas apontam que, na abordagem principialista, sua aplicação prática é mecânica e se fragiliza diante de situações nas quais a autonomia é mascarada pela coerção da vontade, como no caso da submissão passiva da mulher às novas tecnologias reprodutivas, que remete aos papéis socialmente desejáveis de uma vida conjugal onde a maternidade é vista como algo indispensável e essencial, não exercendo assim sua liberdade de escolha (DINIZ; GUILHEM, 2002; DINIZ; GUILHEM, 2009).

Além do mais, ressalta-se a compreensão arbitrária do princípio da autonomia decorrente de sua aplicação baseada no paradigma moral do sujeito autônomo e

racional, o que gera o silenciamento de opções discordantes e impede o empoderamento, por exemplo, de crianças, mulheres, idosos, pessoas com transtornos mentais, deficiências e outros grupos vulneráveis e oprimidos (DINIZ; GUILHEM, 2002; DINIZ ; GUILHEM, 2009).

Portanto, para que as pessoas sejam capazes de tomar decisões baseadas em seus próprios julgamentos e, assim, haja o efetivo exercício da autonomia, é necessário reconhecer o indivíduo como soberano sobre seu corpo e mente, bem como assegurar sua liberdade de pensamento e ação, livre de coerções externas e internas (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014; DINIZ; GUILHEM, 2002).

Entretanto, cabe ponderar que não existe autonomia totalmente livre de coerções internas ou externas em um contexto de desigualdades, o qual submete o indivíduo a diferentes formas de dominação, que silenciam sua voz, oprimem sua vontade e impedem o exercício pleno de sua autonomia. Esta perspectiva ancora a principal crítica ao principialismo: o princípio da autonomia inserido em um modelo universalista que considera o indivíduo como um ser livre de constrangimentos, ignorando a natureza social das pessoas e os efeitos das estruturas e relações opressoras sobre o desenvolvimento da capacidade de autodeterminação e o exercício efetivo da autonomia (DINIZ; GUILHEM, 2002; DOVE et al, 2017; GOMES; MARQUES; FERNANDES, 2013; ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006).

Neste sentido, a bioética de inspiração feminista propõe:

1) não a uma epistemologia "essencial" da certeza, mas sim a uma epistemologia compensatória da desigualdade; 2) não a uma ética feminina do cuidar, mas sim a uma ética do cuidar associada à ética do poder; 3) não a um ser humano abstrato, genérico e universal, mas sim a uma atenção às condições de vulnerabilidade; 4) não a uma visão superficial do conflito moral compromissada com a hegemonia do poder, mas sim a uma análise crítica das estruturas de poder presentes na sociedade e sua influência lesiva na escolha das pessoas, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade; 5) não à manutenção do status quo da disciplina, mas sim a uma prática ética e biomédica que contribua para o fim da desigualdade e da opressão; 6) não ao absolutismo, mas sim à adoção de um relativismo aberto de inspiração pluralista; 7) não à tolerância radical, mas sim ao reconhecimento do erro moral da opressão; 8) não ao liberalismo individualista ocidental, representado por uma autonomia sem limites, mas sim ao pluralismo moral como exercício da liberdade; 9) não ao indivíduo como referência de análise, mas sim ao indivíduo em sua rede de relações sociais; e, 10) não, definitivamente não, à acomodação teórica e instrumental da disciplina, mas sim a uma análise crítica dos pressupostos fundamentais e silenciosos da bioética (DINIZ e GUILHEM, 2002, p. 05).

Com base nestes pressupostos, a abordagem feminista da bioética defende a autonomia em uma perspectiva relacional, compreendendo que o direito da pessoa de fazer escolhas informadas perpassa pelas condições do seu senso de identidade com o ambiente e as relações que o cercam no momento da tomada de decisão. Nesta ótica, a experiência destas interações influencia o modo como as características, habilidades e capacidades são percebidas e interpretadas, moldando assim as possibilidades de autodeterminação da pessoa em um contexto específico, o qual pode apoiar, desenvolver ou limitar sua autonomia (ELLS, HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011).

Sob esta ótica, a autonomia relacional é uma capacidade a ser desenvolvida, que envolve cinco elementos: *relacionamentos*, pois as interações sociais são determinantes para a autonomia da pessoa, de modo que esta pode ser ilusória ou real a depender das condições oferecidas; *processo no curso da vida*, compreendendo a autonomia como uma capacidade que se desenvolve a partir das diversas relações estabelecidas ao longo do viver; *capacidade para a tomada de decisão*, que requer um ambiente livre de opressão e favorável à promoção da capacidade da pessoa para tomar suas próprias decisões; *compromisso*, entendendo que a tomada de decisão é um processo compartilhado que envolve o diálogo e a responsabilidade para fomentar a capacidade da pessoa para decidir; *coletividade*, entendendo que, apesar das decisões serem da pessoa, ao mesmo tempo, são também coletivas, pois a autonomia se dá na rede de relacionamentos com a comunidade (DELGADO, 2019).

Nesta perspectiva, é fundamental a criação de contextos justos e solidários, a partir de relações que disponibilizam espaços para a expressão de sentimentos e preocupações, incentivem o empoderamento, a responsabilidade e participação nos processos decisórios e ofereçam oportunidades para a pessoa desenvolver suas capacidades de escolher e agir de forma autônoma, com base em seus valores e senso de identidade (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011).

2.2 Aproximação entre o conceito de TNICE e as concepções da bioética feminista

Concentrando seu olhar crítico sobre as desigualdades, especialmente de gênero, a bioética de inspiração feminista considera a diversidade, reivindica o fim da opressão, a emancipação, a liberdade e a dignidade humana em toda a sua pluralidade (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014; COVOLAN; LESZCZYNSKI, 2003; DINIZ; GUILHEM, 2009).

Para tanto, busca desconstruir a axiologia hegemônica presente nos espaços institucionalizados e nas práticas frequentes sobre o corpo feminino. No cenário do parto, muitas vezes, o agir profissional é pautado em princípios que desconsideram o contexto e as diferenças, reproduzindo estruturas de poder que reforçam a opressão social e as desigualdades, limitando a participação da mulher nos processos decisórios e cerceando o exercício do seu direito à autonomia (ALMEIDA, 1999; BANDEIRA; ALMEIDA, 2008; DINIZ; VELEZ, 2000; DINIZ; GUILHEM, 2009; LÔBO et al., 2022).

Com o processo de institucionalização do parto e a masculinização da obstetrícia, a assistência à parturição se configurou com relações assimétricas, onde os detentores do saber biomédico ocupam melhores posições na hierarquia do campo e exercem um poder sobre as parturientes, submetendo-as a rotinas e procedimentos que desconsideram seu contexto de vida, suas preferências e vontades, bem como violam sua integridade física e privacidade, culminando na perda da sua liberdade (GUEDES; FONSECA, 2011; REIS et al., 2017). Sem liberdade, não há autonomia e nenhuma pessoa consegue agir autonomamente se vivencia situações de opressão e privações (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014; SOUSA et al., 2018).

Dentro de instituições formais, como o ambiente hospitalar, o conhecimento biomédico se constitui como um lugar masculino que reproduz as assimetrias e desigualdades de gênero, ao vislumbrar a mulher como um objeto de manipulação a ser controlado e contido por vias da medicalização, e não como ser de direitos que deveria ter sua dignidade respeitada e autonomia incentivada, independentemente da situação em que se encontre (DECARLI, 2019; PIMENTEL et al., 2014).

O processo de submissão da mulher a diferentes formas de opressão, tais como relações de dominação, violências e violações de direitos, foi historicamente construído por meio do apoderamento pelo homem do poder político, decisório e de visibilidade social, constituindo assim as relações assimétricas entre homens e mulheres, a partir de diferenças sexuais (COVOLAN; LESZCZYNSKI, 2003).

Portanto, as situações de subordinação e opressão feminina relacionadas à sexualidade, reprodução, divisão sexual do trabalho e cidadania são frutos de uma sociedade patriarcal, que reproduz processos, práticas e relações sociais marcadas por desigualdades, exclusões e desempoderamentos associados ao gênero, classe, raça e etnia (ALMEIDA, 1999; COVOLAN; LESZCZYNSKI, 2003; DECARLI, 2019; KUHNEN, 2018).

Tal configuração se revela, por exemplo, nas relações de cuidado em saúde, especialmente na assistência obstétrica ancorada no modelo biomédico, onde a medicalização é um instrumento de controle que reitera a ideia do corpo feminino como defeituoso e a ideia da mulher como incapaz de parir, tornando assim o parto um evento médico que carece de procedimentos hospitalares (PALHARIM; FIGUERÔA, 2018; PIMENTEL et al., 2014; SANTOS, 2016; SOUSA et al., 2018; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Com base nesta visão de mundo, o nascimento do feto é um produto de habilidades médicas colocadas em ação por meio de um arsenal técnico e instrumental, que conforma práticas autoritárias, intervencionistas, rotineiras, impessoais e desumanizadas, as quais desconsideram a dignidade, liberdade, privacidade e autonomia como direitos humanos das mulheres (REIS et al., 2017).

Neste contexto, o processo de dominação e a disciplinarização dos corpos das mulheres constituem formas de exercício de poder que se encontram na linha tênue entre cuidado/proteção e controle/institucionalização, onde a intencionalidade do profissional em promover benefícios nem sempre respeita as vontades da pessoa (CASTRO, 2021; GENERO; SANTOS, 2020). Nessa perspectiva, os profissionais agem de acordo com o que consideram ser melhor para a mulher, utilizando-se do discurso de risco, mesmo na ausência de intercorrências e emergências obstétricas, e manifestando atitudes paternalistas que culminam em decisões unilaterais ou em escolhas coercitivas (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014; ALMEIDA, 1999; PIMENTEL et al., 2014).

Submetidas a estas condições, muitas mulheres sofrem desrespeitos, abusos, maus-tratos e negligências na assistência ao parto em instituições de saúde (ALBUQUERQUE, 2021; JARDIM; MODENA, 2018; RODRIGUES et al., 2018; TRAJANO; BARRETO, 2021; WHO, 2014; ZORZAM; CAVALCANTI, 2016). Quando se trata de mulheres socialmente desfavorecidas, suas possibilidades de escolha são ainda mais restritas, sendo frequente a adesão silenciosa ao que o profissional propõe, pois se percebem com frágil senso de controle e menos apoiadas, seguras e informadas, tornando ainda mais desafiadora a sua participação nos processos de tomada de decisão (EBERT et al., 2014).

Sobre estas situações de violações de direitos, vulnerabilidades e conflitos morais, a bioética feminista ressalta a importância de mecanismos de intervenção sobre as desigualdades de gênero, compreendendo a autonomia com um princípio ético e uma premissa fundamental para o exercício da liberdade e da livre escolha das mulheres, com esclarecimentos e participação nos processos decisórios relacionados ao seu corpo e à sua saúde (DINIZ; GUILHEM, 2002; PIMENTEL et al., 2014).

Para tanto, é preciso conceber a autonomia como relacional, pois esta abordagem conceitual possibilita a compreensão das condições sociais que conferem sentidos à vida do indivíduo e moldam o que é significativo para ele ao fazer escolhas, subsidiando o oferecimento de cuidados verdadeiramente respeitosos e empoderadores, em detrimento às abordagens mecanicistas e paternalistas, que desconsideram as características da pessoa e ignoram a importância de seu envolvimento na tomada de decisão. Ademais, esta perspectiva fortalece o modelo de cuidado centrado na pessoa, que perpassa por uma relação de parceria, solidariedade e responsabilidade com as necessidades de saúde, as singularidades do seu contexto de vida e seus interesses, expectativas e preferências, utilizando-se de uma abordagem empática, responsiva e potencializadora da autonomia (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011).

Nesse sentido, a autonomia se aproxima da concepção de empoderamento, definido como processos que envolvem ações para fortalecer, instrumentalizar e conscientizar as mulheres para se emanciparem e posicionarem ativamente diante da vida (DINIZ; GUILHEM, 2002; FERNANDES et al., 2016; LISBOA, 2007; MIYAMOTO, 2018; PIMENTEL et al., 2014; KUHNEN, 2018). Assim, o empoderamento se associa com informação, libertação e emancipação, sendo

necessária a criação de espaços dialógicos, educativos e de práticas libertárias, envolvendo a descentralização de poder nas relações, a troca de conhecimentos, o compartilhamento das responsabilidades e a participação social, a fim de capacitar a pessoa para assumir o controle sobre a sua vida e o ambiente, habilitando-a para reconhecer suas limitações e agir em prol de mudanças no sentido do exercício pleno dos seus direitos à dignidade, liberdade e autonomia (SOARES, 2012).

Para tanto, requer a implementação de projetos inclusivos e promotores da equidade e da cidadania capazes de transformar as estruturas de poder cristalizadas na sociedade (DINIZ; GUILHEM, 2002; MIYAMOTO, 2018). No campo da saúde, especificamente na atenção ao parto e nascimento, constata-se iniciativas governamentais que objetivam modificar as relações entre os profissionais e as mulheres, à luz dos pressupostos humanísticos, e reorientar as práticas, na perspectiva do cuidado materno seguro, digno e respeitoso, baseado em evidências científicas (CANANÉIA; COUTINHO; MEIRELLES, 2020; PIMENTEL et al., 2014; REIS et al., 2017).

Neste contexto, destacam-se a Política de Humanização do Parto e Nascimento, a Rede Cegonha e as "Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal". Além de promover a humanização e as boas práticas, estes documentos apontam que as ações profissionais devem respeitar a autonomia feminina na parturição, por meio: do acesso à informações; de esclarecimentos; da promoção de conforto e bem-estar; do incentivo à participação ativa da mulher; e do apoio às suas escolhas (BRASIL, 2000; 2011; 2017).

Em alinhamento com essas normativas, destaca-se a atuação das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento a partir das TNICE, como ações intencionais ancoradas em uma concepção desmedicalizada da assistência à saúde das mulheres que intentam a construção de uma relação dialógica e compartilhada de cuidados, considerando as singularidades do contexto de vida, as vontades e as preferências da mulher, com respeito à integridade corporal e psíquica, à liberdade de decisão e à autonomia feminina (PRATA et al., 2019; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017; VARGENS et al., 2017).

No âmbito da parturição, constata-se que as TNICE promovem conforto, relaxamento, bem-estar e o alívio da sensação dolorosa, favorece a liberação endógena de ocitocina e a progressão fisiológica do trabalho de parto, auxilia na descida da apresentação e na rotação do feto, bem como se associa com aumento

de partos espontâneos, redução de intervenções e da ocorrência de asfixia neonatal. Ainda, ao promover a liberdade de movimentos e posicionamentos, também proporciona a participação ativa da mulher e a sensação de controle sobre seu corpo, com repercussões positivas sobre a satisfação feminina com a experiência do parto e nascimento (ALBUQUERQUE et al., 2018; BRASIL, 2017; SILVA; PEREZ; ARAÚJO, 2018; PRATA et al., 2019; PRATA et al., 2022; WHO, 2018).

Ao desenvolver um processo de cuidar sob esta ótica desmedicalizada, não invasiva ao corpo e aos direitos femininos no parto, nota-se que a mulher ocupa a centralidade do cuidado, pois as enfermeiras oferecem esclarecimentos e apresentam diferentes opções para a assistência, incluindo a abordagem dos benefícios, riscos e implicações de cada uma; incentivar a parturiente a assumir o controle sobre o seu corpo; e favorecer a sua participação ativa nos processos decisórios (CANANÉIA; COUTINHO; MEIRELLES, 2020; COSTA, 2020; HUNTER et al., 2017; MUSIE; MMAPHEKO; VARSHIKA 2019; REIS et al., 2017).

Neste sentido, vislumbra-se a possibilidade das TNICE agregarem uma dimensão bioética de inspiração feminista, pois se encontra ancorada em concepções desmedicalizadas que propiciam a construção de uma relação de apoio e confiança entre a enfermeira obstétrica e a mulher, onde a troca de saberes conduz ao empoderamento feminino e à construção compartilhada de cuidados culturalmente sensíveis e baseados em evidências científicas, culminando no desenvolvimento da autonomia das mulheres, sob uma perspectiva relacional.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, pois este tipo de estudo viabiliza a descrição das características principais de determinada população ou de fenômenos sobre uma realidade. Para tanto, utilizam-se técnicas padronizadas de coleta de dados, a fim de se obter uma série de informações sobre o que se deseja estudar. Já a vertente exploratória envolve um levantamento bibliográfico, entrevistas e análises de exemplos que estimulem a compreensão, proporcionando maior familiaridade com o problema, uma visão geral do tipo aproximativo, favorecendo a construção de hipóteses (GIL, 2017).

A abordagem qualitativa mostra-se apropriada para alcançar o espaço das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis e, assim, quantificados. Ao trabalhar com o universo de significados, atitudes, crenças, motivos, aspirações e valores, dá lugar à intuição, à exploração e ao subjetivismo, aprofundando-se no mundo dos significados, das ações, e relações humanas (MINAYO, 2017).

3.2 Participantes do estudo

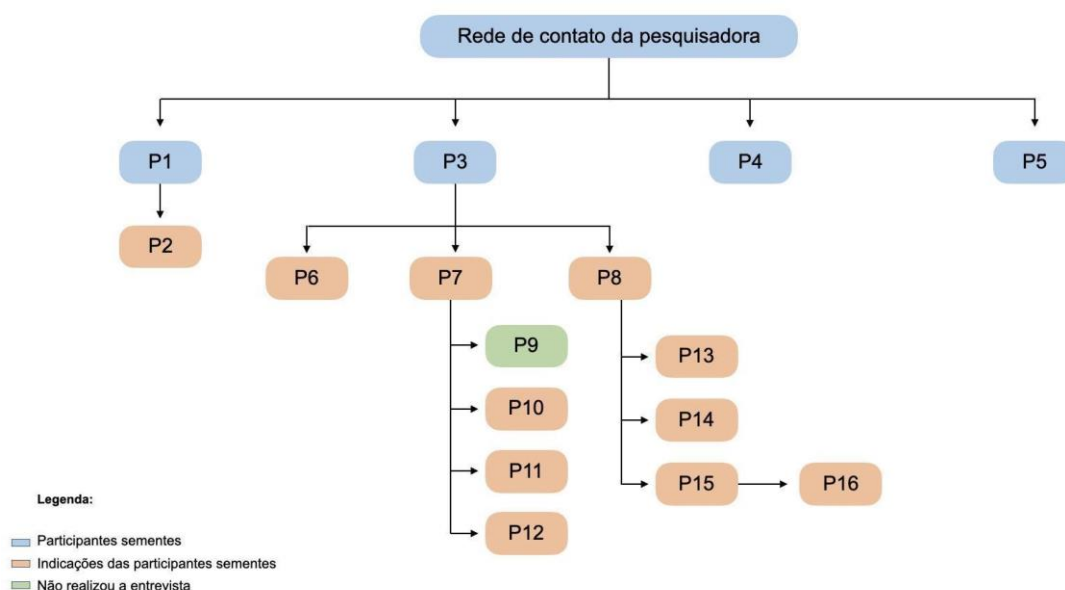
As participantes desta pesquisa foram 15 mulheres, assistidas por enfermeiras obstétricas durante o processo de parturição no estado do Rio de Janeiro. Como critérios de inclusão, adotou-se: ter parido em serviços públicos de atenção ao parto. Foram excluídas aquelas com idade igual ou inferior a 18 anos.

O processo de captação das participantes aconteceu por meio da técnica de Bola de Neve, na qual um indivíduo com o perfil adequado para a pesquisa é selecionado pelo pesquisador para ser o primeiro entrevistado, denominado de semente. À semente é solicitada a indicação de outras pessoas potenciais para

participarem do estudo, as quais apontam novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente até que a amostragem se torne saturada, ou seja, não haja novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados acrescentem informações novas (VINUTO, 2014).

Nesta perspectiva, o estudo contou com quatro participantes sementes, indicadas a partir da rede de contatos da pesquisadora com enfermeiras obstétricas atuantes em instituições públicas do Estado do Rio de Janeiro. A partir destas, constituíram-se duas cadeias de indicação (FIGURA 1). Ressalta-se que não houve recusas no percurso, mas uma das participantes potenciais não retornou aos contatos da pesquisadora para agendar a entrevista, realizados tanto por e-mail quanto por um aplicativo de mensagem. Diante disso, considerou-se a situação como uma perda.

Figura 1 - Cadeia de indicação das participantes



Legenda: P - participante.

Fonte: A autora, 2023.

3.3 Procedimentos da coleta dos dados

Como técnica de coleta de dados, este estudo utilizou a entrevista individual semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas dentro de uma lógica, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

A entrevista é uma interação entre o entrevistador, que pretende captar informações pertinentes ao objeto de estudo, e o entrevistado que, ao falar sobre sua história de vida e suas crenças, reflete sobre a suas próprias vivências (MINAYO; COSTA, 2018; MINAYO, 2017). Assim, é uma técnica flexível que permite esclarecimentos e improvisos, mas exige do entrevistador um planejamento prévio para o alcance dos objetivos propostos, conhecimentos sobre o tema e habilidades de comunicação, que permitam reconhecer as linguagens verbais e não verbais do entrevistado (MINAYO, 2014).

Para fins desta pesquisa, foi elaborado um roteiro semiestruturado dividido em cinco partes (APÊNDICE A). Cabe esclarecer que as três primeiras partes foram organizadas em um formulário eletrônico, elaborado no aplicativo Google Forms® e armazenado na plataforma gratuita online do Google, o qual foi preenchido pela participante no início da entrevista. Já a quarta e a quinta partes do roteiro constituíram a entrevista propriamente dita.

A primeira parte foi destinada a uma breve apresentação da pesquisa, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e registro de concordância em participar do estudo, com a solicitação da permissão para gravação da entrevista. A segunda parte continha 15 perguntas fechadas, para levantar dados sociodemográficos, e a terceira, com 28 questões fechadas e 10 abertas, que versavam sobre os dados obstétricos, sendo que todas as perguntas foram configuradas com respostas obrigatórias.

A quarta parte do roteiro foi composta por questões norteadoras que capturaram as percepções das participantes sobre a assistência obstétrica recebida durante o trabalho de parto e no parto, com foco na relação com as enfermeiras obstétricas no que tange as TNICE e o exercício de sua autonomia na parturição. Por fim, a última parte foi reservada para falas livres, a fim de que as participantes

pudessem fazer comentários ou observações sobre as temáticas abordadas ao longo da entrevista.

A coleta de dados aconteceu no período de maio a julho de 2022, iniciando com a as participantes sementes, que foram indicadas por 05 enfermeiras obstétricas da rede de contato da pesquisadora, as quais mantinham contato com algumas mulheres que foram assistidas por elas durante a parturição, utilizando-se as redes sociais. Sendo assim, essas especialistas fizeram a mediação inicial com as 04 sementes desta pesquisa, compartilhando com elas um convite virtual, contendo informações sobre a pesquisa e um link para o registro de seu interesse em participar, no qual foi solicitado um contato telefônico.

Mediante o preenchimento do referido *link*, a pesquisadora contatou as participantes potenciais, por meio do aplicativo de mensagem Whatsapp®, para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa. Após manifestado o interesse em participar, a pesquisadora fez uma nova comunicação referente ao agendamento da entrevista, conforme a disponibilidade da participante. Este procedimento foi adotado tanto para contatar as sementes quanto as potenciais participantes indicadas por elas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com cada participante individualmente por chamadas de vídeo pelo celular, em função das medidas de prevenção da Covid-19 no contexto pandêmico. No dia e horário da entrevista, foi encaminhado o *link* do formulário eletrônico, contendo o TCLE. Após a leitura e o esclarecimento de dúvidas, caso a participante não concordasse em participar da pesquisa, o formulário se encerrava com um agradecimento. Por outro lado, mediante a formalização do aceite, a participante progredia para a segunda parte do roteiro e, posteriormente, para a terceira, as quais foram preenchidas.

Na sequência, tiveram início a quarta e quinta partes do roteiro da entrevista, que foram gravadas com o apoio de um aplicativo de gravador de áudio. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos e foram transcritas integralmente, utilizando-se o programa Word. Já os dados de caracterização das participantes foram organizados em planilhas elaboradas no Excel.

3.4 Técnica de análise dos dados

Os dados quantitativos obtidos nas entrevistas foram analisados por meio da análise temática indutiva proposta por Braun e Clarke (2006), que envolve idas e vindas no conjunto de dados com o intuito de identificar padrões de significados, sem qualquer modelo de codificação preexistente. Este processo é operacionalizado através de um percurso composto por 6 fases, conforme descrito a seguir.

Na primeira fase, o pesquisador procede com a familiarização dos dados, envolvendo sucessivas leituras aprofundadas do material transcrito, a fim de capturar as ideias iniciais. A fase seguinte se caracteriza pela geração dos códigos iniciais, quando as características do fenômeno estudado são organizadas como conteúdos semânticos no conjunto de dados, gerando extratos codificados organizados (BRAUN; CLARKE, 2006; SOUZA, 2019).

Após a codificação completa do material, com a cuidadosa revisão e combinação dos códigos semelhantes, a fase 3 tem início com a triagem e classificação destes, observando as relações entre códigos, temas potenciais e seus níveis de abrangência. Cabe destacar que, nesta fase, os códigos iniciais podem constituir temas principais e subtemas, bem como serem descartados. Na sequência, a fase 4 perpassa pela revisão dos extratos codificados, avaliando a coerência do padrão semântico dos extratos codificados, e pelo refinamento dos temas, examinando a coerência destes no banco de dados como um todo (BRAUN; CLARKE, 2006; SOUZA, 2019).

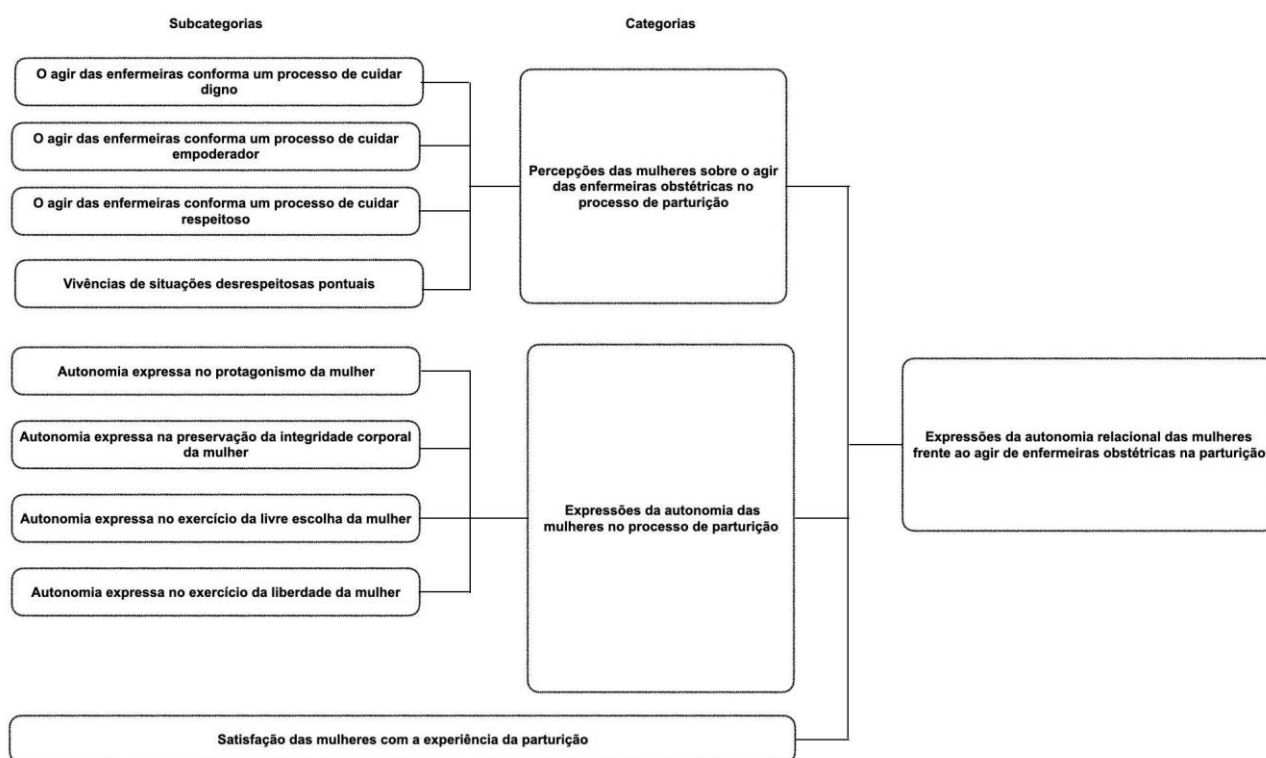
Este processo é ilustrado com a construção de mapas temáticos, os quais consubstanciam a fase 5, referente à definição e denominação dos temas, na qual verifica-se a essência do que cada tema e conjunto de temas aborda. A análise temática se finda com a etapa 6, ou seja, com a produção do relatório, no qual o conjunto de dados é descrito, utilizando-se extratos de dados que expressam claramente o respectivo tema, discutido, considerando as perguntas que nortearam a pesquisa, e analisado, com base em literatura científica pertinente à temática do estudo (BRAUN; CLARKE, 2006; SOUZA, 2019).

Com base nestas fases, o processo de análise do presente estudo teve início com leituras do material transcrito, que propiciou sucessivas aproximações com o seu conteúdo. Depois, procedeu-se com a codificação manual, da qual emergiram

32 códigos iniciais, que foram mencionados 444 vezes nas entrevistas, com destaque para os seguintes códigos: respeitar as escolhas da mulher (61); construção de vínculo e relação de apoio e confiança (37); posturas de proximidade (35); demonstrações de sensibilidade (35); fornecer orientações e esclarecimentos (34); oferecer opções para o cuidado (31); e proporcionar escolhas informadas (20) (APÊNDICE B).

Após a triagem e o agrupamento dos códigos, seguida da revisão dos extratos codificados (APÊNDICE C), foram definidos 20 subtemas, os quais passaram por um processo de refinamento, conformando 9 temas, organizados em 3 categorias de análise (APÊNDICE D), conforme ilustrado na figura a seguir:

Figura 2 - Síntese do processo analítico



Fonte: A autora, 2023.

3.5 Aspectos legais e éticos do estudo

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, que trata das diretrizes e normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), e do Ofício Circular nº 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que define procedimentos para estudos realizados em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UERJ) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob o parecer número 5.299.638 de 18 de março de 2022, e a coleta de dados teve início após a apreciação e aprovação desta instância.

Os participantes ingressaram na pesquisa somente após serem esclarecidos quanto aos objetivos e à finalidade da mesma, com o registro da participação voluntária e da garantia do anonimato das informações formalizados no TCLE, que foi enviado no formato de formulário eletrônico, através de um aplicativo de mensagem (APÊNDICE E).

A fim de preservar a identidade das participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra "P", referente ao termo "participante", seguida de algarismos arábicos, que representam a ordem de realização da entrevista.

4 RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica (APÊNDICE F) das 15 participantes deste estudo mostram que a idade destas mulheres varia entre 24 a 34 anos, todas possuem nacionalidade brasileira e se consideram heterossexuais, predominando as que se identificam como cisgênero (10) e de gênero não binário (5). Em relação à raça/cor, 11 participantes eram negras⁵, sendo que 9 se autodeclararam como pardas e 2 como preta, 3 se autodeclararam como brancas e 1 como amarela.

Quanto à situação conjugal, 12 são casadas ou vivem em uma união estável e 3 são solteiras. No tocante ao grau de escolaridade, a maioria (9) afirmou ter concluído o ensino médio, 2 possuem o ensino superior completo, 2 têm ensino médio incompleto, 1 possui o ensino fundamental completo e 1 não concluiu este nível de formação.

Sobre a ocupação das participantes, 6 são do lar, 1 declarou estar sem ocupação e as demais possuem empregos diversificados, como: auxiliar de serviços gerais; auxiliar de produção; professora; florista, técnica de enfermagem; missionária; gestora de recursos humanos; *designer* de sobrancelhas; e depiladora. Quanto à situação atual de emprego, 6 estão desempregadas, 6 são trabalhadoras autônomas, 2 possuem empregos sob o regime CLT e 1 trabalha sem ter carteira assinada.

A composição da família das participantes varia entre 3 e 6 pessoas e todas usufruem de um ou mais programas sociais do Governo, a saber: CadÚnico (7); Bolsa Família (5); Benefício emergencial (3); Programa Brasil Carinhoso (1); e Tarifa social de energia elétrica (1). Com relação à renda familiar, a maioria (9) recebe de R\$2.000 a 3.000 por mês, 5 recebem menos de R\$1.000 por mês e apenas uma afirmou receber de R\$3.000 a 4.000 por mês.

Todas as participantes são moradoras da periferia do Estado do Rio de Janeiro, sendo que 10 residem na Região Metropolitana I, com destaque para os

⁵ O Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010) define a população negra como o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas (BRASIL, 2016). Em concordância com a Lei nº 12.288/2012, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) compreende que, do ponto de vista estatístico, pessoas pretas e pardas constituem o grupo populacional de negros, sendo esta agregação justificada pelas semelhanças socioeconômicas, resultado assim no grupo majoritário em grande parte das unidades da federação brasileira.

municípios de Japeri (6)⁶, Seropédica (2), Queimados (1) e Nova Iguaçu (1), que possuem, respectivamente, os seguintes Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,659; 0,713; 0,680; e 0,713. As demais (5) residem na Região Centro-Sul, no município de Paracambi que possui IDH de 0,720 (IBGE, 2010).

Sobre os dados obstétricos das participantes (APÊNDICE G), a média de gestações foi de 1 a 2, sendo que uma mulher refere 3 gravidezes. Em relação à gestação mais recente, a maioria (9) realizou o pré-natal no SUS, 4 fizeram acompanhamento concomitante no serviço público e na rede privada e 2 foram assistidas somente em instituições privadas. Quanto ao quantitativo de consultas pré-natal, 13 realizaram mais de 6 consultas e 2 menos de 6 consultas. No tocante ao profissional que fez este acompanhamento, 8 foram assistidas por profissionais médicos e enfermeiras, 6 somente por médicos e 1 apenas por enfermeiras.

Do total de entrevistadas, 7 disseram não ter recebido qualquer informação sobre o trabalho de parto e parto, 2 não souberam dizer e 6 afirmam ter recebido informações durante a atenção pré-natal, sendo que 3 destas foram orientadas por enfermeiras e 3 por profissionais médicos. Sobre as temáticas abordadas, as mulheres destacaram: diferenças entre a frequência e os intervalos das contrações de treinamento e de trabalho de parto (4); plano de parto⁷ (2); amamentação (2); reação diante da dor do parto (2); indicações para buscar a maternidade (2); idade gestacional (1); e métodos não farmacológicos para alívio da dor (1).

Ainda que 6 participantes tenham recebido orientações acerca do plano de parto durante o pré-natal, apenas 2 elaboraram este documento, as quais esqueceram de apresentá-lo na chegada à maternidade, assim como nenhum profissional abordou o assunto. Entretanto, uma delas relata ter conversado com os profissionais sobre as suas preferências e que estas foram respeitadas.

⁶ Cabe destacar que o levantamento do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2019), constatou que o município de Japeri possui o pior IDH do Estado do Rio de Janeiro (0,591), onde as desigualdades socioeconômicas e o crescimento da violência tornam a população residente neste território mais exposta às vulnerabilidades (ALCÂNTARA et al., 2020).

⁷ O plano de parto é uma carta de intenções, na qual a gestante registra suas preferências em relação às práticas na assistência durante a parturição. A OMS recomenda a elaboração deste documento, compreendendo-o como um recurso de incentivo à busca por informações qualificadas e ao exercício do protagonismo feminino. A importância do plano de parto relaciona-se ainda ao princípio bioético da autonomia, uma vez que propicia o aumento do controle sobre o processo do parto e maior autonomia das mulheres (SANTOS et al, 2019; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Sobre o conhecimento prévio do local do parto, 8 mulheres afirmaram já conhecer a maternidade de referência e 7 não tinham qualquer vinculação prévia. Todas referem que: seus filhos nasceram por meio de um parto vaginal em maternidades públicas; 14 tiveram o direito a um acompanhante de sua escolha, sendo que 11 escolheram o marido/companheiro e as demais optaram pela presença da cunhada, irmã ou sogra; e apenas uma participante relata que não teve esse direito respeitado, contudo, não informou o motivo.

Em relação às características da assistência ao parto, todas as participantes tiveram liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto e 10 referiram liberdade para se alimentar e ingerir líquidos. As 15 mulheres receberam informações prévias à realização de procedimentos, como: toque vaginal (13); ausculta do batimento fetal (9); mudança de posição na hora do parto (6); sutura de lacerações (6); descolamento ou rompimento da bolsa das águas (3); e infusão de ocitocina (2).

No que tange à oferta de recursos para aliviar a dor, promover conforto e proporcionar bem-estar na parturição, com orientações acerca de seus benefícios, todas as participantes referiram que as enfermeiras obstétricas ofereceram: incentivo à participação do acompanhante (13); banho morno no chuveiro (12); banho morno na banheira (11); exercícios respiratórios (10); apoio emocional (10); liberdade de movimentos (10); liberdade de expressão e vocalização da dor (7); o uso da bola suíça (9); massagem (7); música (7); deambulação (6); posição de quatro apoios (5); uso da banquetta (5); privacidade (4); posição cócoras (4); exercícios de movimentação da pelve (3); óleos essenciais (3); posição vertical (3); uso do cavalinho (2); e penumbra (1).

Ademais, 12 mulheres escolheram o posicionamento adotado no momento do parto, com destaque para as posições: horizontal (7); sentada na banquetta (3); quatro apoios (1); e semivertical (1). Dentre as que não fizeram escolhas neste sentido, mesmo após o oferecimento de diversas opções, referiram a adoção das seguintes posições: quatro apoios (1), semivertical (1) e horizontal (1).

Ao serem apresentadas a situações que figuram desrespeitos na assistência obstétrica, nenhuma participante as identificou na vivência da parturição com as enfermeiras.

4.1 Percepções das mulheres sobre o agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição

Os resultados desta categoria mostram que o agir das enfermeiras obstétricas se caracteriza por habilidades e ações diversificadas que: transmitem apoio, confiança, afetividade, tranquilidade e segurança; favorecem o acolhimento e a construção de vínculo; proporcionam um ambiente confortável e acolhedor; respeitam a privacidade e a participação dos acompanhantes; promovem a autoconfiança das mulheres; asseguram o acesso a informações e oportunizam processos decisórios informados e compartilhados, com respeito às escolhas das mulheres.

Sob esta ótica, conforma-se um processo de cuidar digno, empoderador e respeitoso. Por outro lado, houve relatos pontuais de situações desrespeitosas na assistência, que parecem se relacionar com intercorrências obstétricas que necessitaram da atuação conjunta da enfermeira com o profissional médico.

4.1.1 O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar digno

Esta subcategoria evidencia que os cuidados das enfermeiras obstétricas envolvem habilidades e ações, conformando um agir que transmite apoio, confiança, afetividade, tranquilidade e segurança, assim como favorece a construção de vínculo e de uma relação de apoio e confiança com as mulheres. Nesta perspectiva, as participantes valorizaram as demonstrações de disponibilidade, amorosidade e sensibilidade, bem como as posturas de proximidade e acolhimento das enfermeiras, que se manifestaram em ações como: fornecer orientações e esclarecimentos; oferecer opções de cuidado; proporcionar escolhas informadas; e respeitar a presença e participação do acompanhante.

A enfermeira me deu bastante apoio e também me passou segurança. Ela me explicou sobre o tempo e o intervalo das contrações e sobre uma melhor posição para tentar diminuir a dor. Quando elas ficaram muito constantes, meu esposo começou a contar, mas eu estava com muita dor e gritando. A enfermeira veio correndo, viu que eu já estava com 8 de dilatação e me

levou para a sala de parto. [...] Fizemos uma relação de amizade e ela se tornou especial para mim! (P5)

Quando cheguei no hospital, falei que estava sentindo muita dor e saindo sangue. [...] eu me sentei na cadeira e a enfermeira foi um amor de pessoa! Ela conversou comigo sobre o que ela iria fazer, eu fiquei olhando para ela, ela conversando comigo o tempo todo.... Isso me acalmou e me trouxe confiança! Me senti à vontade e recebi muito carinho! (P6)

Eu fui muito bem recebida pelas enfermeiras na maternidade. Quando eu cheguei, elas me explicaram tudo sobre o trabalho de parto e, às vezes, vinham para dar o toque para ver se eu estava dilatando. Como a minha bebê tinha 41 semanas e 6 dias, precisei de indução. Eu não gostei muito do médico, ele não me tratou com respeito, era muito grosseiro, não me explicou que eu seria induzida por um comprimido vaginal, colocou o comprimido e foi embora. Quem ficou comigo, me acompanhando, foi a enfermeira, que me explicou como funcionava essa coisa de indução. Ela foi maravilhosa! (P11)

Quando eu fui encaminhada para um quarto, a enfermeira me falou que, se eu estivesse sentindo a dor forte, poderia ir tomar banho quente e ficar lá o tempo que eu quisesse. Fui muito bem tratada pela equipe daquele plantão. Com a troca do plantão, chegou uma enfermeira que me cativou. Ela foi muito atenciosa, me explicou tudo, o que me acalmou bastante. Foi muito carinhosa comigo, meu esposo e minha tia. Ela foi excelente antes, durante e depois do parto. (P13)

Ainda, elas reconheceram que estas posturas e demonstrações das enfermeiras aliadas ao oferecimento de opções de cuidado proporcionam um ambiente confortável e acolhedor:

Quando eu saí do banho, senti muito frio e comecei a tremer. Pedi para as enfermeiras desligarem o ar condicionado e elas desligaram, para que eu ficasse superconfortável. (P3)

Eu cheguei na maternidade com muito medo de passar pelo parto de novo! Quando fui para a sala de parto, a enfermeira disse: "Eu estou aqui para te apoiar no que você precisar. Esse momento é todo seu! Aqui tem bola, uma cadeira e tem ducha quente. Fique calma e à vontade! [...] O que me marcou mais foi a parte em que a enfermeira apagou a luz e falou comigo, face a face, para eu ficar tranquila, que ela estava ali e pegou na minha mão! Dali em diante, me senti super à vontade e foi uma segurança... Como se Deus segurasse na minha mão! (P8)

A postura de acolhimento, as demonstrações de disponibilidade, o fornecimento de orientações e as ações que resguardam a privacidade, incentivam a participação ativa do acompanhante e respeitam as expressões de sentimentos e da religiosidade, foram percebidas pelas mulheres como respeito às suas escolhas e à presença do seu acompanhante durante o processo de parturição.

Nós tivemos um momento em família! Ficamos em silêncio e oramos com o nosso filho nos braços! A sala toda ficou concentrada junto com a gente. Nos respeitaram! Isso foi muito importante e me emociono sempre [lágrimas]. [...] Depois do parto, as enfermeiras me perguntaram se eu queria amamentar, mas eu achei melhor esperar acabar o processo da placenta sair. (P3)

Quando cheguei na sala de parto com meu marido, a enfermeira nos recebeu, se apresentou e falou o nome dela, mas eu já esqueci! Ela disse que eu poderia ficar à vontade, tomar banho para relaxar, que iria ajudar na dilatação... E chamá-la para qualquer dúvida, qualquer coisa. Fomos direto para o banheiro e ele [acompanhante] me deu toda assistência! Ficou o tempo todo comigo e eu nem precisei chamar a enfermeira. Nesse momento, ela nem se ofereceu... deve ter pensado que estava tudo bem e preferiu não atrapalhar! (P2)

A minha filha nasceu e a enfermeira a colocou em cima de mim! Foi uma emoção enorme! Meu esposo estava de acompanhante e teve a oportunidade de cortar o cordão, mas ele não quis porque ficou muito nervoso! (P7)

4.1.2 O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar empoderador

Nesta subcategoria, as falas das participantes revelam que as demonstrações de disponibilidade, sensibilidade, amorosidade, as posturas de acolhimento e proximidade, o fornecimento de orientações e de opções de cuidado conformam um agir que promove a autoconfiança da mulher durante o trabalho de parto. Neste sentido, as enfermeiras obstétricas ofereceram o espelho, para a parturiente visualizar a apresentação fetal no momento da expulsão, e utilizaram frases positivas, que transmitiram força e as encorajaram.

Eu me senti segura o tempo todo! Eu tive minha filha sentada na banqueta e gostei muito dessa posição porque me ajudava a fazer força. Me lembro que a enfermeira tinha um espelho e colocava embaixo para eu poder olhar a cabecinha e ver a minha filha chegando. Aquilo me deu uma força muito grande! (P14)

Toda vez que chegava alguém, falava que tudo daria certo, que a dor passaria daqui a pouco... então, a cada pessoa que entrava, a cada enfermeira que falava, dava uma palavra de consolo, aquilo realmente afetava o meu corpo de uma forma muito positiva! [...] A mente tenta sabotar a gente o tempo todo e se você não tiver pessoas ao seu redor que estejam te apoiando, falando coisas positivas, fica difícil! Quando eu queria me desesperar, lembrava das palavras das enfermeiras! (P16)

Quando cheguei no quarto, a enfermeira disse que tinha a bola e o chuveiro quente, para ajudar no trabalho de parto, que eu poderia ficar à vontade para usar e fazer o que eu quisesse. [...] Toda hora uma enfermeira vinha

escutar o coraçãozinho do bebê. Elas se identificavam, mas eu não lembro o nome. Até que veio uma enfermeira obstetra. Eu e meu esposo estávamos com muitas dúvidas e começamos a perguntar. Ela ficou quase meia hora conversando e explicando um monte de coisas... sobre a indução com soro, que não era boa e que só se faz em último caso e se a gestante aceitar. Eu perguntei se eu optasse pela cesárea e ela me explicou que no SUS a cesárea só aconteceria por uma indicação, que envolvia muitos riscos e que bom mesmo era o parto normal, pois era natural. [...] Falou sobre respirar fundo quando a contração viesse... Nós gostamos muito da conversa e, nessa hora, a gente se sentiu muito acolhido porque ela tirou todas as nossas dúvidas. [...] A enfermeira obstetra me apoiou, me ajudou e me deu força! (P10)

Chegando na maternidade, fui atendida por pessoas superatenciosas! A enfermeira me levou ao banheiro, para trocar de roupa, e teve um cuidado especial porque eu estava com um cordão e ela me perguntou se eu queria ficar com ele. Na hora do nervoso, a gente fica irritada com as coisas e eu acabei tirando o cordão. [...] Na sala de parto, a enfermeira falou que podíamos ficar à vontade e como eu desejasse. Fui muito bem compreendida, me deram uma atenção especial explicando como fazer para aliviar o trabalho de parto. Me deram o suporte que precisava e conselhos sobre como eu podia ficar... me lembro que eu abraçava ela, dizia "fica aqui comigo!" e não deixava ela sair dali, porque você pega uma paixão pela pessoa (risadas). Eu vi verdades nelas e isso me deu muita segurança de que eu era capaz! (P3)

4.1.3 O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar respeitoso

Na percepção das participantes, a obtenção de consentimento prévio a qualquer procedimento ou situação que envolva a manipulação do corpo, com esclarecimentos utilizando linguagem apropriada e respeitando suas escolhas, são ações das enfermeiras que elas valorizaram na experiência da parturição, uma vez que conformam cuidados respeitosos.

A enfermeira explicou o procedimento da sutura porque teve uma laceração. Eu fiquei com medo, pois no meu primeiro filho eu levei três pontinhos... Ela perguntava: - "Posso mexer?". A cada coisinha que ela encostava, falava o que ia fazer. Deu o primeiro ponto e eu nem senti. No segundo, eu senti uma espetada e falei para ela, que logo colocou mais anestesia e eu não senti mais nada. Foi uma boa experiência! (P2)

No final, eu precisei de ocitocina, mas a enfermeira me explicou que naquele momento era necessário para ajudar no nascimento. Eu estava muito cansada e aceitei sem problemas porque eu queria qualquer coisa que me ajudasse. (P14)

Ademais, as falas das participantes desvelam que as enfermeiras obstétricas oportunizaram decisões informadas e compartilhadas, por meio de posturas de

proximidade e com demonstrações de disponibilidade e sensibilidade, as quais se manifestaram nas seguintes ações: fornecer orientações e esclarecimentos; oferecer opções de cuidado; e propiciar a liberdade de movimentos e posicionamentos.

A enfermeira me passou segurança e eu me senti livre para tomar banho. Ela me disse que ia diminuir a dor e que eu ia relaxar. A enfermeira conversou bastante comigo. Eu me senti apoiada! [...] Explicou que, por eu estar fazendo muita força, sentindo muita dor e eu não conseguir empurrar, era porque provavelmente a bebê estava com o rosto para as minhas costas. Ela me orientou a virar de quatro para colocar a criança para fora e ficou do meu lado fazendo massagem, mas eu sentia dor do mesmo jeito. (P1)

Estava indo muito rápido e eu já estava com 10 centímetros de dilatação! Minha vontade era de abraçar a enfermeira! [...] Eu perguntei: - “E agora? O que eu faço?”, e ela respondeu: - “Agora é só a expulsão, vamos procurar uma posição que você se sinta mais confortável!”. Como eu estava muito confortável sentada, ela me ofereceu um banquinho e fiquei ali porque estava indo bem, mesmo com as pernas inchadas... (P3)

As enfermeiras me ensinaram muita coisa! Falavam para eu me movimentar porque iria me ajudar no parto. Então, eu comecei a me movimentar com todo o cuidado. Os agachamentos me ajudaram muito! Ofereceram banho quentinho que, na hora da dor, me aliviava um pouco. O banho de banheira era bom porque eu me mexia para lá e pra cá e isso me ajudava. [...] Quando estava perto da minha filha nascer, eu estava muito cansada e elas me ofereceram um cabo de guerra, feito com o lençol do hospital. Aquilo me ajudou muito, pois eu já não tinha mais forças! As enfermeiras falaram: - “Vamos voltar à infância? Vamos brincar de cabo de guerra?”. Foi engraçado! Me lembro de rir e sentir que aquilo iria me ajudar!. A autoestima da gente sobe de novo (risadas)! Eu peguei aquele lençol, puxei com força e logo minha filha nasceu! (P15)

Ao mesmo tempo, percebe-se que o agir das enfermeiras com estas habilidades e ações, respeita as escolhas da mulher:

Queria ter a minha filha na banheira, mas não deu certo e eu acabei saindo por vontade própria! A enfermeira sempre me falava que existiam outras formas para parir e outras posições, que uma delas era aquela de quatro, mas eu tentava e não conseguia. Então, a enfermeira sugeriu o cabo de guerra, onde eu segurava um lençol... Funcionou de verdade! (P7)

As enfermeiras me orientaram sobre a respiração, posições, maneiras de alívio da contração... Me ofereceram água e estranhei porque achei que não podia... Mas ela me explicou e disse que, inclusive, era importante eu me alimentar [...] Me deram opções para fazer, mas eu não era obrigada. Tanto que eu não usei a bola nem a cadeira [*se refere à banqueta*], pois eu quis ir para o chuveiro, depois eu me deitei na cama andei, fiz posições... (P8)

Ninguém foi grosso comigo e não fui obrigada a fazer nada. As enfermeiras conversavam comigo e me mostravam o que poderia me ajudar e eu aceitava fazer porque confiava nelas! Minha filha nasceu comigo deitada de lado na cama, com meu esposo ao meu lado! Ela me deu a minha filha

assim que nasceu, meu esposo cortou o cordão... foi tudo muito emocionante! (P13)

A enfermeira também me ofereceu a bola, mas do que eu mais gostei foi o agachamento! Eu percebi minha bebê descendo. Depois de ficar muito tempo agachada, eu quis voltar para a cama e a enfermeira me ajudou a deitar. Eu me mexia para lá e pra cá, procurando uma posição melhor. (P15)

4.1.4 Vivências de situações desrespeitosas pontuais

A despeito das experiências positivas relatadas por todas as participantes deste estudo, as falas de duas mulheres evidenciam situações de desrespeito no parto, que se expressam em atitudes desumanizadas e nas seguintes ações: não fornecer esclarecimentos prévios à realização de procedimentos; coibir as expressões de sentimentos; e desrespeitar a integridade corporal.

Entretanto, cabe ponderar que estas vivências parecem se relacionar com uma assistência na qual houve a atuação conjunta com o profissional médico. Além disso, aponta-se que as mesmas participantes referem vivências positivas nos cuidados oferecidos por outras enfermeiras, com as quais construíram vínculo e estabeleceram uma relação de apoio e confiança.

A outra enfermeira e o médico iam fazendo tudo sem me dizer o porquê das coisas! Essa enfermeira não me tratou muito bem. Não sei se ela estava com descaso, mas não olhava para mim, não me explicava muito bem as coisas... Eu tenho fobia de agulha e eu estava muito nervosa! (P11)

Teve uma hora que perguntei para essa enfermeira se não teria como cortar porque no parto da minha primeira filha teve *[se refere à episiotomia]*. Ela disse que não precisava, mas eu pedi: - Eu gostaria que você me cortasse! Ela me respondeu de novo falando que não era necessário e eu não gostei! Achei muita grosseria dela! Já a outra enfermeira, ficou do meu lado e me disse para ficar calma, que tudo certo ia dar certo! (P11)

Eu tenho fobia de agulha e eu estava muito nervosa quando essa outra enfermeira falou que ia me costurar. Eu pedi para ir devagar, mas ela não me ouviu e disse: - "Para de bobeira! Para com isso! Eu tenho que dar os pontos em você. Você está com medo de quê? Você não vai sentir nada!" Ela me disse que a minha placenta estava agarrada e que tinha que sair. Então, o médico entrou nessa hora e começou a fazer movimentos fortes na minha barriga pressionando para baixo e a enfermeira com a mão dentro de mim tentando puxar. Me machucou demais! Depois que a placenta saiu, ele foi embora e ela me costurou. Eu tentei me acalmar, mas ela me disse que era uma bobeira porque tinha acabado de passar uma criança e ela precisava me costurar. [...] Já no pós-parto, a enfermeira que me recebeu na sala de parto quando eu cheguei foi na enfermaria para ver como nós

estávamos e tirar as nossas dúvidas. Me ensinou como fazer a pega da mama e não tive problemas na amamentação. Me explicou sobre o banho, a higiene do cordão... foi muito carinhosa e me senti apoiada em todo momento! (P5)

4.2 Expressões da autonomia da mulher no processo de parturição

Os resultados desta categoria revelam que a autonomia na parturição se expressou no exercício da liberdade e da livre escolha das participantes, propiciado pelo agir das enfermeiras que assegurou às mulheres: ter um acompanhante de sua preferência; assumir o protagonismo no parto; participar dos processos decisórios, sem coerções; consentir, de modo livre e esclarecido, os cuidados oferecidos; ter a fisiologia do corpo respeitada; ter a integridade corporal respeitada; ter a liberdade de decidir sobre os seus cuidados, de se alimentar e ingerir líquidos, bem como de se movimentar e adotar posicionamentos; ter liberdade religiosa; e ter a liberdade para expressar sentimentos e emoções.

4.2.1 Autonomia expressa no protagonismo da mulher

Esta subcategoria desvela que a maioria das mulheres deste estudo assumiu o controle do próprio corpo e o protagonismo na parturição por meio de uma relação de apoio e confiança com as enfermeiras obstétricas, na qual suas ações propiciaram o exercício da autonomia. Neste sentido, destacam-se: proporcionar um ambiente confortável e acolhedor; fornecer orientações e esclarecimentos; oferecer opções de cuidados; propiciar a liberdade de movimentos e posicionamentos, respeitar a presença e participação do acompanhante, a privacidade e as escolhas das mulheres.

Quando começou a ficar mais intenso, senti que o meu corpo já estava querendo expelir sem eu fazer força, falei para o meu marido chamar a enfermeira. [...] Eu acho que o meu trabalho de parto e parto foram momentos únicos por ter ali comigo só as duas mulheres, a enfermeira, a técnica, e o meu marido. Foi um momento mágico e único, que eu vou lembrar enquanto eu tiver vida! (P4)

Eu colocava a mão na vagina e, uma hora, falei para a enfermeira que estava sentindo um negócio. Ela me explicou que era a bolsa e que conforme ela ia saindo, o neném ia sair junto e que, quando chegasse a hora, eu saberia porque o meu corpo daria os sinais. (P6)

Durante o trabalho de parto, eu andava muito porque eu queria acelerar o processo e achava interessante, pois a enfermeira me falava: - "Faz o que o seu corpo sente vontade. Se estiver cansada, deita e dorme porque isso também ajuda." Foi muito bom para mim todo esse suporte! Toda hora, elas me ofereciam água, perguntavam se eu queria comer... (P14)

Me senti muito confortável no banquinho! Parecia que eu não sentia mais dor nenhuma! Eu só queria empurrar e fazer força! E o meu corpo fazia isso por mim de forma incontrolável! No banquinho, eu tive o apoio do meu acompanhante, sentado atrás, e tinha a visão da enfermeira, que ficava na mesma altura que eu! Achei isso fantástico porque, quando eu e ela estávamos na mesma altura, me senti mais confortável e segura! Você está ali, olho no olho com a pessoa... A força vem muito disso! De você olhar para pessoa e ela te transmitir "você vai conseguir!" A enfermeira me transmitiu uma paz tão grande! (P16)

4.2.2 Autonomia expressa na preservação da integridade corporal da mulher

As falas das participantes indicam que o agir das enfermeiras obstétricas envolve ações que respeitam a fisiologia do corpo das mulheres no processo de parturição, sem o uso de intervenções desnecessárias.

A enfermeira ouvia os batimentos do bebê, me dando atendimento, vendo como eu estava, o que eu estava sentindo... Teve uma hora que eu perguntei se ela não colocaria alguma coisa na minha veia e a enfermeira disse que eu já estava com dilatação total, por isso, não havia necessidade do soro porque o bebê já estava ali e eu estava indo bem! (P6)

Eu quase não abria o olho e, já no finalzinho, vi que a enfermeira pegou um banquinho, sentou-se na minha frente e ficou assistindo. Eu queria que ela falasse que o bebê estava chegando... E ela dizia "Só mais um pouquinho! Está quase!" e continuava lá olhando... Só olhando! [...] (P2)

Além disso, percebe-se que a integridade corporal das participantes também foi assegurada quando as enfermeiras obstétricas ofereceram opções de cuidado e obtiveram o consentimento esclarecido prévio a qualquer procedimento, com respeito à privacidade e às escolhas das mulheres.

Eu comecei a sentir a contração de verdade, mas ela passava e era tranquilo. A enfermeira veio e se apresentou, mas eu não conseguia falar muito, ficava só de cabeça baixa e ela super me entendeu e não ficou, tipo,

forçando. Como eu estava com muita dor, ela falou que ia me avaliar, pediu licença e disse: - "Eu vou te avaliar para saber a sua evolução, tudo bem?" [...] Depois, eu comecei a sentir muitas dores e não achava uma posição agradável, a enfermeira falou que ia ligar a banheira, mas logo tive vontade de evacuar. Então, eu me deitei e a enfermeira pediu licença para me avaliar. (P3)

Antes de fazer qualquer coisa, a enfermeira me explicava o que seria feito e me pedia permissão. Isso me trouxe segurança! As coisas que me eram oferecidas, eu sabia que podia recusar ou aceitar. Como a massagem com óleo, que eu não quis porque estava sentindo muita dor e não queria que encostasse a mão em mim. Eu me sentia mais relaxada no chuveiro com a água quente batendo nas costas e também gostei da banheira! (P7)

4.2.3 Autonomia expressa no exercício da livre escolha da mulher

Esta subcategoria evidencia que as participantes exerceram a sua autonomia na parturição, uma vez que as ações das enfermeiras obstétricas asseguraram a livre escolha no que tange à presença do acompanhante, às opções de cuidados e à participação nos processos decisórios, de modo esclarecido e com posturas de acolhimento e proximidade aliadas às demonstrações de disponibilidade e sensibilidade.

A enfermeira explicou que o útero estava alto e que precisava dilatar mais, por isso, ia demorar. Também disse que iriam avaliar entrar com um medicamento, para ajudar na dilatação. [...] Durante minha internação a gente ficou conversando sobre família e ela me passou todas as informações. [...] Meu esposo foi meu acompanhante o tempo todo. (P5)

Meu esposo foi meu acompanhante, mas ele nem poderia ficar porque ele estava de bermuda e chinelos. Como nós moramos muito longe, a enfermeira permitiu que ele ficasse. Nos sentimos bem à vontade no quarto. (P12)

A enfermeira veio e notou que as dores estavam aumentando ali no chuveiro e começou a contar as contrações e o tempo. Ela disse que estavam ritmadas e a outra enfermeira disse: "Vamos começar a se movimentar? O que você acha?" Eu disse vamos, porque eu queria viver o parto normal! Eu queria viver tudo! O que elas me aconselharam, eu aceitei numa boa. As enfermeiras sempre me ofereciam, nunca foi uma imposição! Sempre foi uma ideia! Elas diziam para eu me movimentar um pouco e, mesmo eu estando muito relaxada na água quente, eu decidi levantar para movimentar meu corpo. (P3)

Foi um momento único! Eu estava deitada meio sentada e eu puxei minhas pernas para cima. Eu fui orientada a ficar de lado e eu fui testando as posições, mas as contrações pareciam que ficavam mais fortes e me incomodavam mais. Então, na posição tradicional, por incrível que pareça, eu senti que meu corpo trabalhou melhor. (P4)

Antes de entrar em trabalho de parto, a enfermeira me avaliou e disse que o meu colo precisava amolecer mais e que tinha um medicamento para ajudar nisso. Perguntou se eu queria e eu disse que sim. [...] eu me senti acolhida quando a enfermeira me explicou tudo e me deixou à vontade para decidir. Ela falou com confiança e eu me senti segura em usar a medicação. (P13)

Depois que a enfermeira viu que eu já estava com dilatação total e que a cabeça da minha filha estava ali, fiquei um pouco desconfortável na cama, mesmo com a enfermeira me dando apoio nos pés para eu fazer força, eu não conseguia. Eu me sentia melhor sentada no vaso e ela foi sensível ao ponto de perceber isso e me perguntou se eu queria sentar no banquinho de parto, que seria como se eu estivesse sentada no vaso sanitário. Na mesma hora eu aceitei e foi um divisor para mim. (P16)

4.2.4 Autonomia expressa no exercício da liberdade da mulher

As falas das participantes revelam diferentes manifestações da liberdade no processo de parturição, as quais foram propiciadas pelo agir respeitoso das enfermeiras obstétricas em relação à fisiologia do corpo, alimentação, ingestão de líquidos e livre movimentação durante o trabalho de parto. Para tanto, nota-se que estas especialistas ofereceram esclarecimentos e opções de cuidado, em uma relação de apoio e confiança que respeitou o protagonismo e as escolhas das mulheres.

Me orientaram a comer e me deram comida, mas eu passei muito mal e vomitei. A enfermeira me explicou que isso era normal durante o trabalho de parto. (P7)

Também tiveram todo o cuidado com o lanche, me deram liberdade para fazer o que eu quisesse dentro do quarto. [...] Eu achei lindo toda a equipe de enfermeiras me ajudando! Uma das enfermeiras segurou na minha mão! Em nenhum momento forçaram nada! Tudo foi no meu tempo, não teve insistência para eu fazer nada que eu não quisesse e eu achei isso perfeito! Minhas amigas falavam que, se você começar a gritar, eles [*se refere aos profissionais*] vão te deixar na mão, mas em nenhum momento ninguém me deixou na mão. Me trataram com carinho e me deram atenção! Até música na sala teve, que me transmitiu paz! (P15)

A enfermeira falou para eu ter meu filho na posição que eu queria! No meu outro parto, só tinha uma posição, que era deitada! Hoje não é assim. É a posição que eu acho mais confortável! Olhei para um lado e para o outro, pensei em virar e deu certo! Fiquei de quatro e eu senti o osso abrir! A enfermeira falava que o meu filho estava quase vindo... me disse para fazer força só quando eu tivesse vontade. Eu fiz força e não demorou. Foi super rápido! (P8)

As posições que eu era orientada a ficar, quando eu não queria mais, mudava por minha própria conta e ninguém falava nada. Eu escutava a enfermeira falar: - “Deixa ela ficar à vontade. Se ela quer mudar, deixa ela.” Eu tive liberdade a todo momento! (P14)

Eu fiquei no chuveiro com a água quente muito tempo e, quando a enfermeira viu que as minhas costas estavam muito vermelhas, explicou que poderia doer mais tarde. Mas eu quis ficar na água quente mesmo assim. Depois, a enfermeira pegou uma bola enorme para mim e me perguntou se eu queria experimentar. Falei que nunca tinha usado aquilo e ela me ajudou, orientando como usar e eu fiquei sentada lá um bom tempo. Depois, perguntei se poderia sentar na banheira e ela me falou que, antes da banheira encher, o bebê nasceria. Então, eu fiquei na maca mesmo. Não satisfeita, perguntei se poderia ir para o chuveiro, ela falou que eu podia fazer o que estivesse sentindo vontade. (P6)

Ademais, constatou-se que as mulheres deste estudo tiveram liberdade para expressar a religiosidade e manifestar emoções em um ambiente confortável e acolhedor, no qual as enfermeiras foram sensíveis e respeitosas às suas crenças e escolhas:

Eu me lembro que a enfermeira ofereceu música e disse que eu poderia escolher, pois iriam respeitar o estilo de música que eu quisesse ouvir. Escolhi um louvor e foi uma presença de Deus tão grande naquele lugar! [...] A música me deixou muito mais tranquila, juntamente com o apoio da enfermeira e do meu esposo. Quando comecei a ouvir a música, parecia que a minha mente não estava mais ali. Fiquei ligada em Deus! Foi mais leve e mais rápido! Foi uma experiência surreal. (P16)

[...] Eu fazia força e não estava indo... As enfermeiras pegaram um espelho e falavam para eu ver, mas eu não queria ver, só sentir! Meu marido estava atrás de mim e, nessa hora, eu já estava estressada comigo e disse: "Gente, vamos parar tudo agora porque eu quero orar!". Nesse momento, oramos em voz alta com todo mundo ali na sala. Eu levantei a minha voz e todo mundo ficou quieto! Foi uma oração rápida e todas as enfermeiras estavam ao nosso redor... todo mundo ficou em silêncio e respeitou esse meu momento e do meu esposo. Quando eu terminei essa oração, o parto retornou e as enfermeiras falaram: - “O bebê está aqui! Você consegue!”. Mas eu estava com muita dor na perna e isso estava me desconcentrando... Eu quis ir para a cama e fui! (P3)

A enfermeira o tempo todo me deu liberdade de expressão e liberdade para eu sentar, mexer, mudar de posição... Eu podia gritar, chorar... Eu tinha uma sala toda minha para fazer isso. Foi maravilhoso porque, em outros hospitais, você não tem essa liberdade. (P15)

Eu comecei a fazer força, mas estava fazendo a força errada e me desconcentrei. Então, a enfermeira falava para eu esperar a contração para fazer força e ela me ensinou a respirar e me concentrar. [...] Eu gritava que não queria mais e ela dizia: - “Está tudo bem! Quando vier a contração, você faz a força e ele vai vir!” (P3)

Logo fui para o chuveiro, vivendo aquele momento de dor horrorosa, mas acompanhada do meu marido, que estava com uma cara de sofrimento porque não sabia o que fazer. Depois, comecei a ficar agoniada, saí do chuveiro, fui para a cama e verbalizei, gritei, xinguei... porque tinha

momento que não dava para segurar! Toda a hora, a técnica e a enfermeira passavam lá e perguntavam como eu estava. Eu perguntava se não tinha remédio para dor e elas me explicaram que não adiantaria. (P4)

4.3 Satisfação das mulheres com a experiência da parturição

Esta categoria demonstra que, por meio de habilidades e ações diversificadas, as enfermeiras obstétricas favoreceram a construção de vínculo, transmitiram apoio e confiança, asseguraram o acesso a informações, promoveram a autoconfiança e ofereceram opções de cuidados, com respeito à liberdade e às escolhas das mulheres. Neste sentido, percebe-se que o agir destas especialistas conformou um processo de cuidar digno, empoderador e respeitoso que propiciou o exercício da autonomia e, conseqüentemente, a satisfação com a experiência da parturição.

Quando eu subi, eu fui apresentada para enfermeira obstetra, que me recebeu muito bem e me acolheu. Entrei no quarto, fiquei à vontade e tanto a enfermeira quanto a técnica de enfermagem, maravilhosas, me apresentaram várias opções! Elas queriam me levar para a sala onde tinham as bolas e as outras coisas... A enfermeira ficou conversando comigo o tempo todo, me auxiliou... Acho que pela emoção, eu senti confiança de contar para ela o que eu tinha passado quando eu era adolescente [*se refere a uma gestação anterior fruto de uma violência sexual*]... Eu me senti bem e acolhida com aquelas mulheres! Foi tudo lindo! Meu marido estava ali e eu me senti mais à vontade no meio das mulheres. Este momento do parto, quando eu lembro, me dá vontade de chorar porque foi muito importante para mim! (P4)

Eu fui muito bem acolhida pela enfermeira! Se eu pudesse, a colocaria no altar! Ela me acompanhou no trabalho de parto todo! Segurou minha filha no colo e me ajudou muito na amamentação... Eu tinha medo de amamentar porque meu peito rachou e doía muito! Se não fosse as enfermeiras... Elas foram super atenciosas e cuidadosas. Tive muito apoio e foi uma experiência incrível! Elas me ajudaram muito! (P12)

A experiência deste parto foi totalmente diferente, pois, no meu primeiro filho, eu não tive atenção, assistência, liberdade de expressão, não podia gritar, não podia expor a dor, tinha que ficar travada... Já neste parto foi tudo diferente! Foi surpreendente! A enfermeira me deu assistência o tempo todo, sempre estava ali presente e me auxiliando no que precisava! [...] Eu fiquei muito surpresa com o carinho, a atenção e a orientação durante o trabalho de parto! Me senti cuidada naquele momento. (P14)

Quando entramos na maternidade, é tudo muito novo e você quer saber das coisas, mas, ao mesmo tempo, está com dor! Nessa hora, a participação da enfermeira foi muito importante porque, às vezes, o médico trata a gente de uma forma muito distante. Com a enfermeira, você se sente muito mais acolhida! Eu fico até emocionada de falar [choro] porque, por mais que a

nossa família, a nossa rede de apoio esteja perto, é muito bom você ter profissionais que são humanos, carinhosos e que estão ali para te atender de verdade! Eu me senti acolhida e eu acredito que o parto foi muito mais leve e especial por ter uma pessoa sensível e que estava me ajudando! O meu marido me ajudou, mas ter ali uma equipe que te dá apoio e força, dizendo que você é capaz de fazer, te mostrando o que você pode fazer, orientando... é muito especial! (P16)

5 DISCUSSÃO

O processo analítico revelou que o agir das enfermeiras obstétricas na parturição perpassa por habilidades relacionais⁸, expressas em posturas de acolhimento e proximidade e nas demonstrações de disponibilidade, sensibilidade e amorosidade durante o processo de cuidar, as quais favoreceram a construção de vínculo com as participantes.

Estas habilidades são disposições adquiridas por meio do processo de socialização profissional e incorporadas ao ser-saber-fazer destas especialistas, conferindo-lhes a capacidade de: voltar os olhos para a mulher e se conectar com ela, mostrando-se disponível e comprometida com suas demandas; ter sensibilidade para identificar e acolher suas subjetividades, necessidades e vulnerabilidades; interagir e se comunicar com palavras, gestos e posturas corporais que demonstram amorosidade, afeto, empatia, solidariedade e envolvimento (ARES et al., 2021; ALMEIDA et al., 2022; PRATA et al., 2019; PROGIANTI et al., 2018).

Ao fazerem uso destas habilidades relacionais, com uma presença calma e tranquila, uma escuta ativa e uma abordagem dialógica que considera o contexto de vida, as experiências, os conhecimentos e a visão das mulheres sobre o parto, as enfermeiras obstétricas constroem vínculos que promovem a troca de saberes e auxiliam na identificação de fatores estressantes, como dor, medo, baixa autoestima, ansiedade e insegurança, propiciando a elaboração de um plano de cuidados centrado nas subjetividades e necessidades específicas de cada mulher (ALMEIDA et al., 2022; NUNES et al., 2022; SOUZA et al., 2022; HUSCHKE, 2021).

Ademais, as habilidades relacionais e a construção de vínculo geram sentimentos positivos de confiança, segurança e alta autoestima, que contribuem para a sensação de bem estar e fazem com que a mulher se sinta valorizada e perceba o cuidado como sensível e respeitoso, o que influencia de forma

⁸ A habilidade se traduz na capacidade objetiva e prática de uma competência. Como um dos elementos fundamentais para a ação, as habilidades não se manifestam de modo arbitrário, pois perpassam pelas disposições incorporadas previamente que direcionam o indivíduo a agir de um modo específico frente à uma situação complexa determinada, o que corresponde à atitude (ZABALA e ARNAU, 2009). No caso da habilidade relacional, compreende-se que é a capacidade da pessoa para gerenciar emoções e processos interacionais, ter autocontrole e reflexividade, fomentar a motivação, demonstrar empatia e compreender os sentimentos dos outros, propiciando assim o estabelecimento de relações interpessoais caracterizadas pela comunicação horizontal e negociação (AMESTOY, 2020).

significativa sua experiência com a parturição (JACOB et al., 2021; SOUZA et al., 2022; HUSCHKE, 2021).

Corroborando, constatou-se que todas as participantes referiram sentimentos de apoio, confiança, afetividade, tranquilidade e segurança na relação de cuidado com as enfermeiras obstétricas, quando as habilidades relacionais destas especialistas transpareceram em ações de proporcionar um ambiente confortável e acolhedor, respeitar a participação do acompanhante, a privacidade, as expressões das emoções e da religiosidade das mulheres, bem como de fornecer orientações e esclarecimentos.

Estas percepções se relacionam com o oferecimento de um espaço de cuidados que propicie: a confortabilidade da parturiente, expressa na disponibilização de um ambiente ventilado, limpo, silencioso, com baixa luminosidade, poucas pessoas e a presença do acompanhante; o apoio terapêutico tranquilo e não invasivo, que perpassa por formas de comunicação apropriadas ao estado emocional da mulher e à fisiologia do parto, envolvendo interações predominantemente baseadas na linguagem corporal e sons sutis, com uma presença calma e vigilante; a confiabilidade e privacidade, manifestadas na promoção do bem-estar e da autoconfiança, no acolhimento de dúvidas, medos, expectativas e necessidades individuais, com liberdade para expressar emoções e crenças (MIRANDA et al., 2020; POSSATI et al., 2017; HUSCHKE, 2021; TAROUCO et al., 2019).

Por meio do diálogo sensível, com uma escuta ativa e livre de julgamentos, o fornecimento de informações baseadas em evidências científicas e congruentes com as individualidades de cada mulher se apresenta como uma ação das enfermeiras obstétricas que contribui para a ressignificação de sentimentos negativos associados à parturição, e propicia a construção de uma relação de cuidados que transmite apoio, segurança e confiabilidade (DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017; MIRANDA et al., 2020; POSSATI et al., 2017).

Cabe destacar que esses sentimentos são essenciais para que a mulher aumente sua autoconfiança, assuma o protagonismo do seu parto e participe ativamente dos processos decisórios da sua assistência (MIRANDA et al., 2020; HUSCHKE, 2021). Por outro lado, a ausência de orientações e esclarecimentos expõe as mulheres ao risco de compreensões deturpadas e interpretações errôneas sobre o que venha ser de fato um cuidado digno, seguro e respeitoso, colocando-as

em uma situação de passividade e desempoderamento diante da parturição (DOIS et al., 2022; RAMOS et al., 2022).

Assim como verificado neste estudo, a aproximação das enfermeiras obstétricas com as participantes revelou a utilização de uma abordagem dialógica, que acolheu suas subjetividades e diversidades, com demonstrações de afeto e respeito no oferecimento de orientações e opções de cuidado, o que contribuiu para que as mulheres acreditassem em suas capacidades para vivenciar a parturição e assumissem o controle do próprio corpo, denotando um processo de cuidar que promoveu o encorajamento, a autoconfiança, o protagonismo e o empoderamento dessas mulheres.

Como balizadora das interações entre estas especialistas e as participantes, identifica-se a dialogicidade, que envolve uma escuta aberta ao diálogo, compreensiva e respeitosa às vozes do outro em sua totalidade e pluralidade, entendendo-as como uma expressão de sua liberdade e esperança. Ao mesmo tempo, observa-se a amorosidade, como uma capacidade que gera ações humanizadas e solidárias, as quais mostram sensibilidade, cordialidade, afetividade e compromisso ético com a dignidade e a emancipação do outro, culminando no respeito à sua condição humana como sujeito de direitos (FREIRE, 2019a; 2019b).

O diálogo amoroso conduz a relações horizontais que promovem a problematização da realidade e o compartilhamento de saberes, experiências e decisões, produzindo valores e afetos que impulsionam a consciência crítica e emancipatória (FREIRE, 2019a). Deste modo, as enfermeiras constroem uma relação simétrica e consensual, baseada na confiança e no respeito, reconhecendo que a autonomia da mulher movimenta e direciona o processo de cuidar, como mostram os achados desta pesquisa.

Neste contexto, o agir das enfermeiras obstétricas se caracteriza com ações que respeitam as escolhas das mulheres na parturição, o qual transpareceu: na obtenção de consentimento prévio a qualquer procedimento ou situação que envolva a manipulação do corpo; no fornecimento de orientações e esclarecimentos com linguagem culturalmente apropriada; na disponibilização de opções de cuidado baseadas em evidências científicas; e nas decisões informadas e compartilhadas.

Sob esta ótica, as falas das participantes evidenciam que as enfermeiras solicitaram a permissão para realizar exames ou procedimentos que invadem sua integridade corporal; incentivaram a respiração consciente e a liberdade de

movimentos e posicionamentos, com agachamentos e deambulação; sugeriram posições verticalizadas para o parto; e ofereceram alimentação e líquidos, massagem, banho morno e alguns instrumentos (banqueta, chuveiro, banheira, bola, "cabo de guerra" e espelho) durante o trabalho de parto, com o intuito de estimular o protagonismo da mulher, promover o bem-estar e o alívio da sensação dolorosa, favorecer a descida da apresentação fetal, corrigir o posicionamento do feto e auxiliar no desprendimento do pólo cefálico.

O consentimento informado na assistência à saúde é um processo contínuo de esclarecimentos, que utiliza linguagem clara e compreensível para apresentar indicações, riscos e benefícios das alternativas terapêuticas, ao mesmo tempo em que dá voz e empodera o paciente para exercer sua capacidade de autodeterminação. Assim, o consentimento instrumentaliza a pessoa para decidir, com liberdade, sobre situações relacionadas ao seu corpo e sua vida, assegurando o princípio da autonomia como um direito humano universal (CASTRO, 2021; GENERO; SANTOS, 2020).

No entanto, para que o consentimento viabilize a tomada de decisão autônoma, é preciso considerar: a competência do paciente, que se relaciona com a capacidade de tomar decisões racionais; a oferta de escolhas razoáveis frente a um conjunto de opções, o qual deve ser oferecido de modo amplo para assegurar que não haja limitações na possibilidade de escolha autônoma; a divulgação de informações relevantes sobre os cuidados, com espaço para o esclarecimento de dúvidas; e a liberdade de escolha, reconhecendo que o consentimento informado não determina escolhas livres, haja vista que o poder existente nas relações entre o profissional e o paciente pode conduzir à coerção (THACHUK, 2007).

Neste sentido, a participação nas decisões clínicas é determinante para a tomada de decisão compartilhada, definida como um processo dinâmico que perpassa por apresentar e esclarecer sobre as práticas baseadas nas melhores evidências disponíveis, oferecer opções para a assistência, com linguagem simples e abrangente, e propiciar escolhas informadas, visto que a autonomia é uma meta a ser alcançada para a pessoa cuidada com o apoio do profissional de saúde, por meio de uma relação empática e respeitosa aos saberes, experiências e desejos (DEHERDER et al., 2022; DOIS et al., 2022).

Ressalta-se que a tomada de decisão compartilhada amplia os conhecimentos, reduz a ansiedade, aumenta a autoconfiança e o nível de autonomia

das mulheres, sendo um elemento do cuidado centrado na pessoa, que é reconhecido mundialmente como impulsionador da qualidade e segurança na atenção à saúde e do alcance de melhores resultados maternos e neonatais, com graus elevados de bem-estar e satisfação com a experiência do parto (EBERT et al., 2014; DEHERDER et al., 2022).

Por outro lado, o desrespeito à participação ativa das mulheres nas decisões sobre seu corpo e cuidados no parto afeta o bem-estar emocional, diminui o senso de valor próprio, a autoestima e autoconfiança, gera sensação de impotência e descontrole, que podem resultar em uma experiência negativa com a parturição, com impactos sobre a autoavaliação de saúde e a qualidade de vida no pós-parto (HUSCHKE, 2022).

Ainda que a tomada de decisão informada e compartilhada seja um direito no âmbito da saúde, nem sempre, este é respeitado em ambientes institucionalizados como as maternidades, onde as mulheres comumente são tratadas como objeto passivos, suas opiniões são compreendidas como emocionais e, por isso, sua competência para tomar decisões é desqualificada, questionada ou ignorada. Ao mesmo tempo, sua liberdade de escolha pode se mostrar ilusória frente às restrições no acesso a informações e opções de cuidado, desencorajando a tomada de decisão autônoma e culminando no consentimento alinhado à opção preferida pelo profissional (DOVE et al., 2017; GENERO; SANTOS, 2020; HUSCHKE, 2022; THACHUK, 2007).

Como efeito, o discurso de risco e a ética do controle predominam e se expressam em uma assistência paternalista e intervencionista, com relações assimétricas de poder e práticas não promotoras do empoderamento, que submetem as mulheres aos cuidados recomendados pelos profissionais, sobretudo aqueles considerados como rotina, que são realizados sem o consentimento prévio e raramente colocados como opções de escolha. Neste contexto, as possibilidades de um parto fisiológico não medicalizado e a liberdade se encontram limitadas, bem como a tomada de decisão da mulher não se configura como realmente autônoma (DOVE et al., 2017; GENERO; SANTOS, 2020; HUSCHKE, 2022; JENKINSON et al., 2016; THACHUK, 2007).

Ademais, o nível de autonomia das mulheres na tomada de decisões pode ser prejudicado: pelo fornecimento insuficiente de informações, que se relaciona com fragilidades no acesso à educação em saúde no pré-natal e na assistência

obstétrica; pela categoria profissional do responsável pelos cuidados, visto que as enfermeiras obstétricas e parteiras costumam dedicar mais tempo aos esclarecimentos e ao compartilhamento de decisões; e pelas características da experiência com o parto, quando esta se configura como traumática, envolvendo intercorrências, complicações e vivências de ansiedade, estresse, dor e perda do controle (DEHERDER et al., 2022).

Por estas questões, a vulnerabilidade das mulheres na parturição se associa com a falta de informações que, permeada pela cultura medicalizada do parto, reforça a crença deste como um evento de risco e no corpo feminino como incapaz de parir. Com base nestas concepções, as parturientes são conduzidas a crer que as intervenções são necessárias e entregam seus corpos aos saberes e poderes profissionais, ficando suscetíveis a práticas obstétricas que, muitas vezes, não têm respaldo científico, violam sua integridade corporal e as destituem do direito à liberdade e à autonomia para decidir sobre seus cuidados, figurando situações de violências e desrespeitos à dignidade humana (DOIS et al., 2022; CASTRO, 2021; GENERO; SANTOS, 2020; HUSCHKE, 2022; THACHUK; 2007).

Em contrapartida, ações éticas aplicadas nos cuidados em saúde contribuem para que as mulheres tenham um senso positivo sobre si, se empoderem e assumam o protagonismo no parto, possibilitando-lhes usufruir de um alto nível de dignidade e autonomia. Neste sentido, destacam-se: estabelecer uma relação de apoio e confiança, com diálogo mútuo que acolhe a cultura da parturiente, suas crenças, medos e preferências; assegurar o acesso à informação e à assistência baseada em evidências, certificando-se de que os conteúdos comunicados foram adequadamente compreendidos e que as boas práticas obstétricas foram ofertadas; solicitar o consentimento explícito antes de qualquer procedimento; propiciar escolhas livres de coerções físicas, morais ou limite de tempo para reflexão; e promover a participação nos processos decisórios (ALMEIDA et al., 2022; CASTRO, 2021; CASTRO et al., 2020; CAZELATTO et al., 2020; DEHERDER et al., 2022; GENERO; SANTOS, 2020; O'BRIEN; BUTLER; CASEY, 2017).

Conforme observado entre as participantes deste estudo, a grande maioria teve acesso a informações e a práticas obstétricas baseadas em evidências, foram esclarecidas quanto aos cuidados e consentiram os procedimentos realizados sobre o seu corpo, se sentiram confiantes para parir, tiveram suas escolhas respeitadas e

assumiram o protagonismo no parto, culminando em uma percepção positiva sobre o modo como foram acolhidas e cuidadas pelas enfermeiras obstétricas.

Estas constatações indicam que, exceto com as duas participantes que vivenciaram situações pontuais de desrespeito durante procedimentos realizados em seus corpos, não houve ações intervencionistas, coercitivas, discriminatórias ou desrespeitosas nas maternidades públicas onde essas mulheres foram atendidas, o que diverge dos achados de estudos realizados em países como Irlanda, Tanzânia, Chile, Bélgica e Austrália (DEHERDER et al., 2022; DOIS et al., 2022; EBERT et al., 2014; HUSCHKE, 2022; JENKINSON; KRUSKE; KILDEA, 2017; MILTENBURG et al., 2016).

Ainda considerando que a maioria se autodeclarou parda ou preta, moradora de municípios periféricos do Rio de Janeiro e inscrita em programas sociais do governo, é possível inferir que, independentemente do grau de escolaridade, raça/cor ou perfil socioeconômico, os cuidados oferecidos pelas enfermeiras obstétricas nestas instituições protegem a dignidade humana das mulheres, expressa no respeito aos seus direitos ao acompanhante, ao acesso à informação, à privacidade, aos cuidados qualificados e seguros, ao consentimento, à liberdade e à igualdade na assistência ao parto e nascimento.

Cabe ponderar que, na atenção obstétrica brasileira, ser mulher, negra, pobre e residente de periferias implica estar em uma situação de maior vulnerabilidade. Neste cenário, o machismo estrutural e o racismo silencioso discriminam, oprimem e violentam essas mulheres, se apropriando de seus corpos e dos processos reprodutivos, por meio de relações desumanizadas, da patologização dos processos fisiológicos e do uso de intervenções desnecessárias, indesejadas ou, até mesmo, negadas, que denotam a perda da autonomia e a violação dos direitos humanos, incluindo os sexuais e reprodutivos (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020; OLIVEIRA; GOUVÊA; DAVID, 2022).

Ademais, as desigualdades relacionadas à raça, ao gênero e à classe se interseccionam com as iniquidades em saúde, externalizando o processo histórico de transgressão de direitos, o qual estrutura terrenos sociais, econômicos e políticos que desempoderam a mulher e a expõe aos preconceitos relacionados a estes marcadores sociais da diferença. Nesse contexto, prevalece o discurso universalista que produz verdades totalizantes e visões generalizadas, reproduz estigmas e

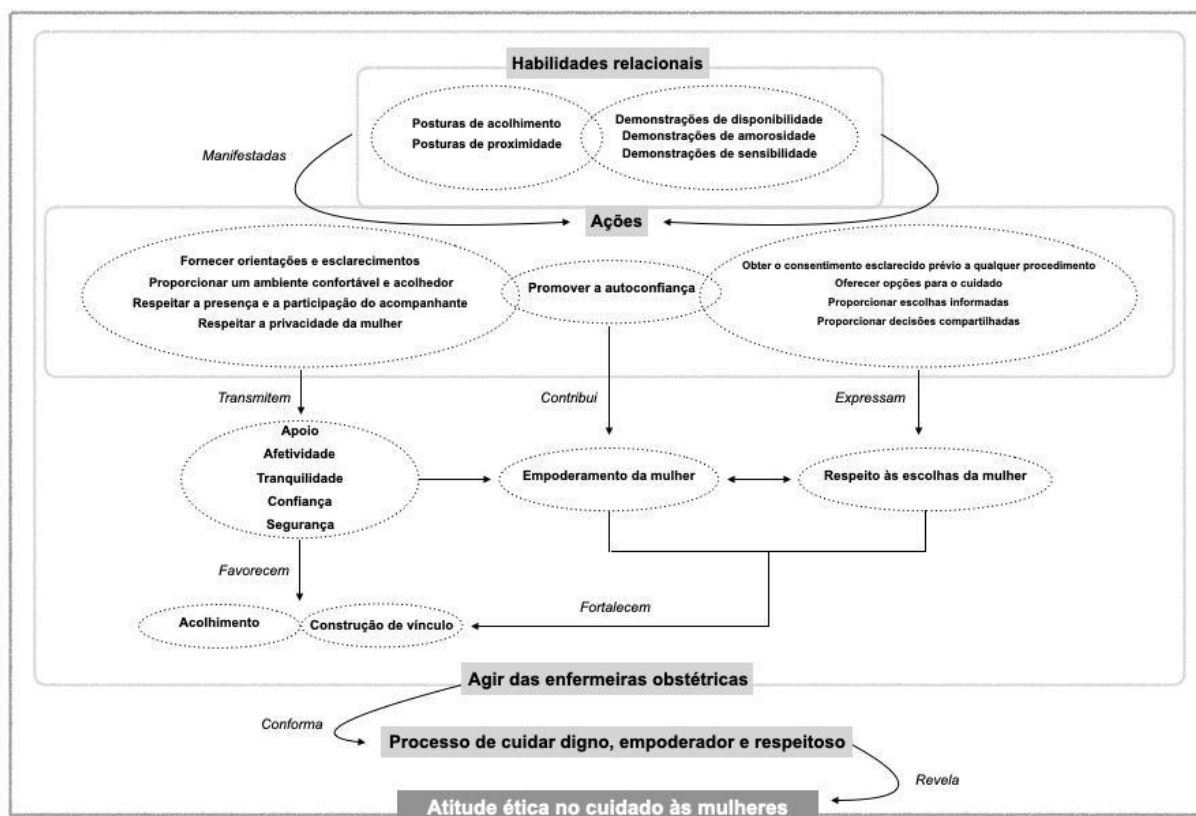
discriminações, gerando situações de violências (BARBOSA et al., 2021; CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020).

Baseando-se em premissas racistas e que estereotipam a mulher negra, pobre e periférica como sendo mais forte e, por isso, mais resistente à dor, muitos profissionais negligenciam suas vontades e silenciam sua voz, sujeitando-a a diferentes formas de violência, desrespeitando o seu corpo, anulando sua autonomia, destituindo-a de sua dignidade e violando seus direitos (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020; CUNHA et al., 2018; OLIVEIRA; GOUVÊA; DAVID, 2022).

Diante destes apontamentos, compreende-se que as habilidades e ações das enfermeiras obstétricas conformaram um agir que assegura a dignidade, fomenta o empoderamento e respeita as escolhas das mulheres no processo de parturição, uma vez que todas as participantes foram tratadas com igualdade e respeito, considerando suas pluralidades e singularidades, e que suas capacidades de autorrealização como pessoa humana foram ampliadas, possibilitando-as de ter liberdade para se expressar e fazer escolhas autônomas e conscientes sobre sua saúde e seu corpo, propiciadas por cuidados emancipadores e não invasivos que foram negociados (CASTRO, 2021; CASTRO; QUINTANA; MÛCHEN, 2020; CAZELATTO *et al.*, 2020; GENERO; SANTOS, 2020; NOGUEIRA; RIBEIRO, 2019).

Tendo em vista a relação de apoio e confiança que se estabeleceu entre as enfermeiras obstétricas e as participantes, mediada por habilidades relacionais manifestadas no desenvolvimento de ações dialógicas, sensíveis e terapêuticas, percebe-se que o agir destas especialistas engendra um processo de cuidar digno, empoderador e respeitoso, revelando a atitude ética destas especialistas no cuidado às mulheres durante a parturição (FIGURA 3).

Figura 3 - O agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição



Fonte: A autora, 2023.

A atitude é uma disposição incorporada que direciona a pessoa para a ação, expressando um modo de perceber e avaliar os atributos de um objeto ou situação específica e se posicionar diante do fenômeno (NEIVA; MAURO, 2011). Nesta perspectiva, evidencia-se a disposição ética e moral das enfermeiras obstétricas para apreender as diversidades das mulheres e agir em prol da igualdade, dignidade e autonomia na parturição, baseando-se na equidade e na justiça social (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008; DINIZ; GUILHEM, 2009), haja vista que o perfil sociodemográfico das participantes deste estudo aponta para situações de vulnerabilidade.

Tal constatação se ancora no fato de que, durante a parturição, todas as participantes foram tratadas como iguais, mas considerando que suas circunstâncias existenciais são diferentes e podem determinar possíveis desigualdades de acesso e oportunidades. Além disso, tiveram liberdade para expressar emoções, crenças e desejos nas interações com as enfermeiras, as quais potencializaram suas percepções de valor como pessoa. Ao mesmo tempo, desenvolveram capacidades

para participar das decisões e projetar sua voz para fazer escolhas e, assim, exercer sua autodeterminação (MILTENBURG et al., 2016).

Deste modo, a atitude ética destas especialistas se expressa em ações que valorizam as histórias e experiências de vida da mulher e viabilizam seu lugar de fala por intermédio de relações simétricas e diálogos emancipatórios, que a instrumentalizam para reconhecer suas capacidades e assumir seu protagonismo na parturição. Assim, rompem com as estruturas de poder que reforçam a opressão social e as desigualdades associadas ao gênero, à raça e à classe, as quais subjagam as mulheres à exploração de seus corpos com práticas intervencionistas que impedem o exercício de sua autonomia no parto (ALMEIDA et al., 2022; CASTRO 2021; CAZELATTO et al., 2020; DOIS et al., 2022; MARTINS et al., 2019; PEREIRA et al., 2022).

Ao se posicionarem deste modo diante do cuidado às participantes, as enfermeiras obstétricas expressaram valores, afetos e comportamentos condizentes com a abordagem feminista da autonomia relacional, a qual se desenvolve por meio de uma relação empática, responsiva e potencializadora entre a mulher, que necessita ter oportunidades para fortalecer sua autoconfiança, e o profissional de saúde, que precisa reconhecer as dinâmicas de poder existentes nos serviços de saúde, mostrar disposições para incentivar a autoconfiança feminina, oferecer todas as opções de cuidado disponíveis e apoiar a tomada de decisão autônoma, considerando a natureza contextual e interacional do senso de identidade da mulher e de sua capacidade de escolher e agir autonomamente (DELGADO, 2019; DOVE et al., 2017; ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011).

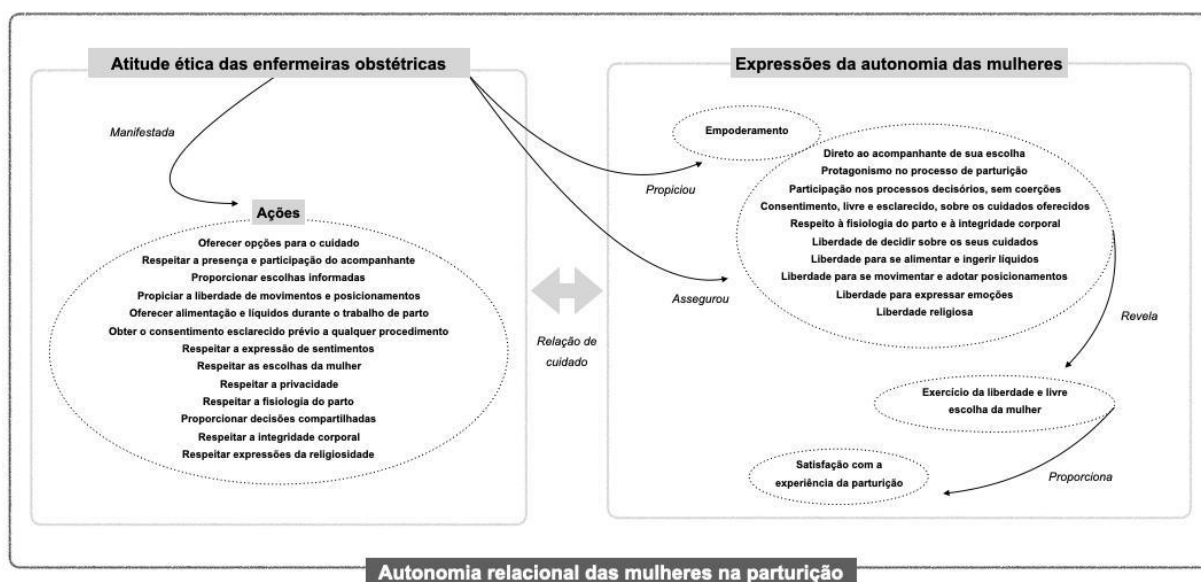
Tal percepção é ratificada pelos discursos de todas as participantes, os quais revelam o exercício da liberdade e da livre escolha na parturição proporcionado por ações das enfermeiras obstétricas que asseguraram às mulheres: possuir um acompanhante de sua escolha; ter a fisiologia do parto e sua integridade corporal respeitadas; ter a liberdade para se alimentar e ingerir líquidos, se movimentar e adotar posicionamentos, expressar emoções e crenças religiosas, sem julgamentos, interferências ou imposições; consentir e decidir, de modo livre e esclarecido, sobre os cuidados oferecidos; assumir o papel de protagonista; e participar dos processos decisórios.

Considerando que a tomada de decisão autônoma é propiciada pela escolha informada, concebida como um processo que abarca autonomia, responsabilidade e

engajamento (THACHUK, 2007), constata-se que a atitude ética das enfermeiras obstétricas propiciou a autonomia relacional das participantes, expressa na autodeterminação mediante o fornecimento de informações relevantes e culturalmente apropriadas associado à promoção do consentimento não coagido, com reconhecimento de que as escolhas e decisões são influenciadas por valores, crenças e contexto das interações sociais no qual a mulher está inserida. Ainda, evidencia-se que a confiança, a reciprocidade e o diálogo favoreceram o compartilhamento das responsabilidades relacionadas aos cuidados, assim como foi possível identificar o engajamento das enfermeiras, que perpassa por suas disposições em comprometer-se com a participação ativa da mulher na elaboração de seu plano de cuidados, instrumentalizando-a para fazer escolhas e respeitando a sua autonomia.

Nesta perspectiva, nota-se que a atitude ética das enfermeiras obstétricas nas relações com as mulheres possibilitou que a autonomia relacional das participantes se expressasse de modos diversificados na parturição, culminando na satisfação delas com a experiência (FIGURA 4).

Figura 4 - As expressões da autonomia relacional das mulheres frente à atitude ética das enfermeiras obstétricas no processo de parturição



Fonte: A autora, 2023.

Propiciar uma experiência satisfatória com o parto se associa com o atendimento das expectativas da mulher e as características da assistência,

envolvendo fatores como: ambiente agradável; suporte do acompanhante; oferta de recursos para o alívio da dor e a promoção do relaxamento; lembranças boas de pessoas que foram significativas durante o processo; percepção de apoio e confiança na relação com os profissionais, com acolhimento e respeito às suas necessidades, preferências e valores; participação nas decisões, com o fornecimento das informações necessárias à tomada de decisão compartilhada; e a sensação de autoconfiança e controle sobre a situação para fazer escolhas informadas (DEHERDER et al., 2022; DOIS et al., 2022; OPPITZ; NERY, 2019; VASSALO, 2020).

Como elementos do cuidado centrado na mulher que conferem qualidade e segurança à assistência obstétrica, estes três últimos fatores são determinantes para uma vivência positiva da parturição, pois a autoconfiança da parturiente em sua capacidade de deliberar e fazer escolhas frente às opções apresentadas é um pré-requisito para a tomada de decisões e, conseqüentemente, para a efetivação de sua autonomia (DEHERDER et al., 2022; HUSCHKE, 2022; NERY et al., 2021; RAMOS et al., 2022).

Considerando que estas condições foram propiciadas pelo agir das enfermeiras obstétricas no cuidado às participantes deste estudo, é possível inferir que a atitude ética destas especialistas mostra-se alinhada com a perspectiva relacional da autonomia, a qual implica em uma relação dialógica e respeitosa, que incentiva a autoconfiança da mulher e oportuniza o desenvolvimento e a manifestação de sua capacidade de autodeterminação e autogoverno, fomentando sua participação na tomada de decisão compartilhada, compreendida como um processo contínuo e dinâmico permeado por valores como compaixão, esperança, confiança, empatia, solidariedade, reciprocidade, colaboração e responsabilidade (DELGADO, 2019; DOVE et al., 2017; ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011; GÓMEZ-VIRSEDA; MAESENEER; GASTMANS, 2019; MARCHILLI; ZIRBEL; HELENA, 2021).

Diante do exposto, cabe ressaltar que as ações das enfermeiras obstétricas mediadas por habilidades relacionais em uma relação de apoio, confiança e compartilhamento que propicia o exercício da autonomia das mulheres no parto e a vivência prazerosa deste evento correspondem às TNICE que, sob a ótica da desmedicalização, consistem em um conjunto de saberes estruturados que conduz à compreensão do parto como um fenômeno natural da vida reprodutiva e se

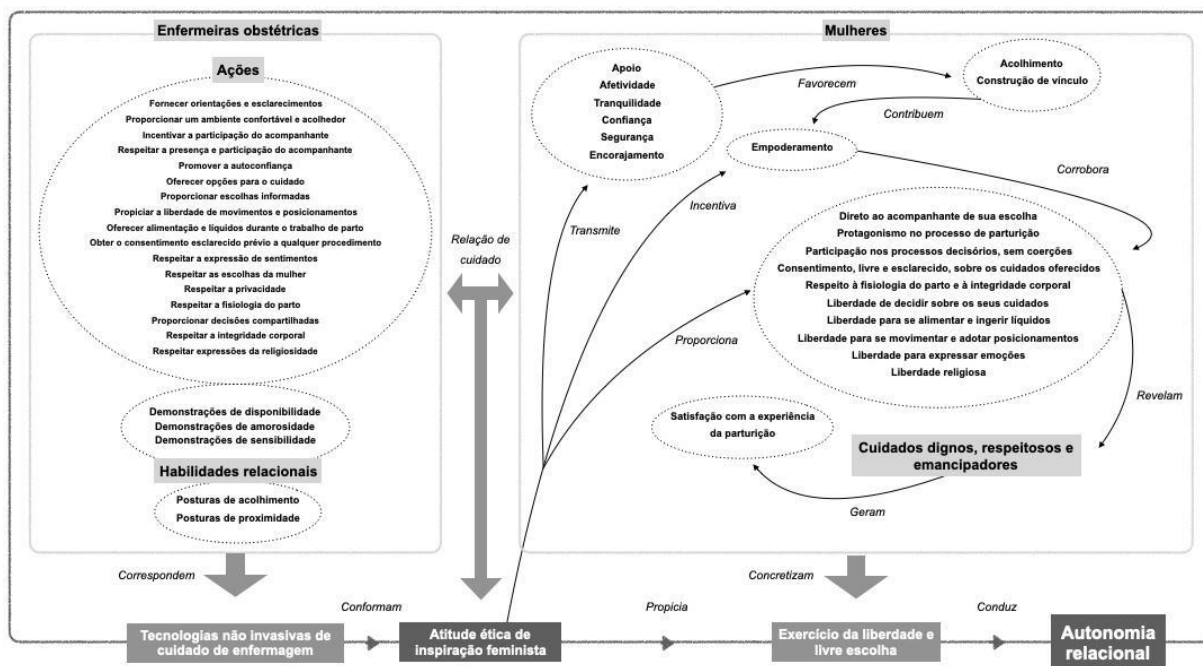
materializa em ações intencionais de cuidado que oportunizam a capacidade de autodeterminação da pessoa (COELHO et al., 2021; PRATA et al., 2019; ROSA et al., 2022; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2013).

Por isso, as TNICE priorizam o acolhimento, o vínculo e a construção de uma relação simétrica de poder, com valorização das vivências, das expressões, do poder instintivo e do protagonismo das mulheres no parto, resguardando assim a fisiologia do parto, a integridade corporal e o direito à liberdade, à voz e ao respeito diante de suas escolhas (ALMEIDA et al., 2022; PRATA et al., 2019; SAMPAIO; MESSIAS, 2022).

Neste sentido, o atributo não invasivo destas tecnologias reside em ações da enfermeira obstétrica que intentam criar espaços interacionais, os quais possibilitam o diálogo, a produção de subjetividades, a troca de informações e experiências, o aprendizado coletivo e o compartilhamento de responsabilidades e decisões, vislumbrando que as relações humanas se configuram como um instrumento potente para a emancipação e transformação da vida das mulheres (ALMEIDA, 2022; ROSA et al., 2022; SAMPAIO; MESSIAS, 2022) .

Neste sentido, os resultados deste estudo subsidiam a seguinte reflexão: o atributo não invasivo das TNICE e suas características desmedicalizadas somente impulsionam cuidados verdadeiramente dignos, respeitosos e emancipadores, quando utilizadas pelas enfermeiras obstétricas com uma atitude ética, que potencializa a capacidade de autodeterminação, fomenta a participação na tomada de decisão e viabiliza o exercício da liberdade e da livre escolha, conduzindo assim à autonomia relacional da mulher. Sob esta ótica, é possível inferir que as TNICE agregam uma dimensão bioética de inspiração feminista, conforme ilustrado na figura a seguir:

Figura 5 - A autonomia relacional da mulher na parturição e suas interfaces com a dimensão bioética das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem



Fonte: A autora, 2023.

CONCLUSÃO

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados, pois seus resultados possibilitaram descrever as percepções das mulheres sobre o agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição, conhecer as expressões da autonomia da mulher frente a este agir e identificar as interfaces entre o agir das enfermeiras obstétricas e a satisfação das mulheres com a experiência do parto.

As percepções das mulheres mostram que o agir das enfermeiras obstétricas na assistência à parturição perpassa pelo desenvolvimento de ações (fornecer orientações e esclarecimentos; proporcionar um ambiente confortável e acolhedor; respeitar a presença e incentivar a participação do acompanhante; promover a autoconfiança; oferecer opções de cuidado; proporcionar escolhas informadas; propiciar a liberdade de movimentos e posicionamentos; oferecer alimentação e líquidos durante o trabalho de parto; obter o consentimento prévio a qualquer procedimento; respeitar a privacidade, a integridade corporal, as expressões de religiosidade, a fisiologia do parto e as escolhas da mulher; e proporcionar decisões compartilhadas), que são mediadas por habilidades relacionais, expressas em demonstrações de disponibilidade, amorosidade e sensibilidade e posturas de acolhimento e proximidade.

Este agir corresponde às TNICE em uma relação de cuidado que transmite apoio, afeto, tranquilidade, confiança, segurança e encorajamento, bem como favorece o acolhimento, a construção de vínculo e o empoderamento feminino, assegura às mulheres o direito: ao acompanhante de sua escolha; ao protagonismo; ao acesso a informações e práticas baseadas em evidências; ao consentimento livre e esclarecido sobre os cuidados oferecidos; à integridade corporal; à promoção da fisiologia do parto; à liberdade para se alimentar e ingerir líquidos, se movimentar e adotar posicionamentos, expressar emoções e religiosidade, e decidir sobre seus cuidados; e à participação nos processos decisórios, sem coerções.

Neste sentido, o agir das enfermeiras obstétricas baseado nas TNICE revela a atitude ética das enfermeiras que, independentemente do grau de escolaridade, raça/cor ou perfil socioeconômico das participantes, conformou um processo de cuidar digno, respeitoso e empoderador, que gerou satisfação das mulheres com a

experiência da parturição, uma vez que fomentou a autonomia, expressa no exercício da liberdade e da livre escolha na parturição.

Ao se posicionarem deste modo, essas especialistas expressaram valores, afetos e comportamentos condizentes com a abordagem feminista da autonomia relacional, visto que suas ações valorizaram as histórias de vida das mulheres e viabilizaram seu lugar de fala por meio de relações simétricas e de diálogos amorosos e emancipatórios que as instrumentalizaram para reconhecer e exercer sua capacidade de autodeterminação.

Diante do exposto, compreende-se que as TNICE possuem, em sua essência, uma dimensão bioética de inspiração feminista, uma vez que promove a autonomia relacional das mulheres, compreendendo a natureza contextual e interacional do seu senso de identidade e de sua capacidade de escolher e agir autonomamente sobre a sua vida. Por isso, se configuram como uma estratégia para a desmedicalização do cuidado em saúde e um mecanismo de justiça social para assegurar os direitos humanos das mulheres, a partir de uma atitude ética na relação com as parturientes, que as coloca na centralidade do processo de cuidar e conforma cuidados não invasivos ao corpo e à cidadania feminina, impulsionando as boas práticas na atenção ao parto e contribuindo assim para a reconfiguração do modelo assistencial obstétrico.

Sob esta ótica, ao propor reflexões sobre a assistência das enfermeiras obstétricas à luz da bioética feminista por meio das vozes das mulheres, o estudo oferece subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas à qualificação da atenção ao parto e da formação de recursos humanos em saúde, ampliando a concepção de cuidados para além dos aspectos biológicos, e conduzindo os profissionais para uma atitude ética e baseada na compreensão relacional da autonomia, que corrige práticas discriminatórias, desigualdades e injustiças relacionadas ao gênero, classe e raça, impulsionando um agir promotor da justiça social, em consonância com os direitos reprodutivos e o ideário humanizado do SUS.

Neste sentido, sugere-se a realização de novos estudos que abordem a perspectiva das enfermeiras obstétricas acerca das implicações de seu agir, ancorado nas TNICE, sobre a autonomia feminina na parturição, tendo a bioética feminista como referencial de análise, bem como o desenvolvimento de pesquisas

que aprofundem a abordagem relacional da autonomia das mulheres em outros cenários da atenção à saúde.

Como outro aspecto que carece de aprofundamento em investigações posteriores, aponta-se o fato de que as TNICE, ao impulsionarem a autonomia relacional das mulheres, moldam o que é realmente significativo na experiência da parturição e imprimindo significados tão marcantes de modo que podem ofuscar vivências pontuais de desrespeito na assistência obstétrica, conforme identificado entre duas participantes deste estudo, que se depararam com essas situações diante de intercorrências obstétricas que requerem a atuação conjunta da enfermeira e do profissional médico. Para elas, a relação de apoio e confiança estabelecida com outras enfermeiras durante o trabalho de parto foi determinante para a uma experiência positiva, e somente reconheceram que sofreram desrespeitos quando questionadas diretamente sobre situações que figuram violência obstétrica.

Como limitações deste estudo, destaca-se que, por se tratar de um estudo local realizado com mulheres residentes nas regiões de saúde Centro-sul e Metropolitana I do Rio de Janeiro, os achados exigem cautela quanto à generalização, uma vez que podem não representar a diversidade da população feminina em idade reprodutiva e residente em outros municípios, a qual possui identidades diversas e se encontra delimitada por contextos socioeconômicos, ambientes e relações diversificadas, que influenciam distintamente sua autonomia.

Por isso, são necessários estudos sobre o tema nas demais regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, onde as enfermeiras obstétricas atuam na assistência ao parto e nascimento. No entanto, os resultados encontrados são importantes, pois corroboram com outras pesquisas que ressaltam as potencialidades das TNICE para o resgate do parto normal, com o mínimo de intervenções, e a humanização da assistência, com percepções positivas das mulheres sobre a experiência do trabalho de parto e parto.

Considerando que as investigações já realizadas não abordam a atuação das enfermeiras obstétricas e a autonomia das parturientes sob a perspectiva bioética, a presente pesquisa agrega uma inovação teórica que colabora para o fortalecimento do campo científico da enfermagem e da autonomia profissional da enfermagem obstétrica.

REFERÊNCIAS

ACOG. Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinion n. 766. **Obs Gynecol**, [S.l.], v.2, n.133, 2019. Disponível em: <<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>>. Acesso em:30 jan.2022.

ALBUQUERQUE, A. *et al.* **Cuidado materno e neonatal seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional**. Paraná: Atena, 2021.

ALCÂNTARA, D. *et al.* Cenários de Desenvolvimento Urbano e Peri Urbano em Japeri, RJ: zona de sacrifício ou município insurgente? **Revista Brasileira de geografia econômica**, n.19, 2020. Disponível em:<<https://journals.openedition.org/espacoeconomia/16368>>. Acesso em:03 jan. 2023.

ALECRIM, G. M.; SILVA, E. P.; ARAÚJO, J. M. A autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção Estatal. **Revista gênero e direito**, v.3, n.2, out. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/20428>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

ALMEIDA, B. C. D. S. *et al.* Ações e atitudes das enfermeiras na abordagem das parturientes sobre tecnologias não invasivas de cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 30, n. 65999, 2022. Disponível em:<file:///C:/Users/prsid/Downloads/65999-249129-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ALMEIDA, José Luiz Telles de. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido**: uma abordagem principialista da relação médico - paciente. 1999. 132 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4428/2/ve_Jos%c3%a9_Luiz_ENSP_1999.pdf>. Acesso em:20 fev. 2022.

ALMEIDA, N. B. Ser ou não ser a favor dos Direitos Humanos? In: ALMEIDA, N. de B. (org.). **Os direitos humanos à prova do tempo: reflexões breves sobre o presente e o futuro da humanidade**. Campinas, SP: BCCL/UNICAMP, 2021, p. 20 - 25. Disponível em:<<https://econtents.bc.unicamp.br/omp/index.php/ebooks/catalog/view/143/149/537-1>>. Acesso em:20 fev. 2022.

ALVES, J. A. L. Direitos Humanos: Significado político da Conferência de Viena. **Revista Lua Nova**, n. 32 , 1994. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ln/a/dM3qJKq7wq59dTxxMxXXsDx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 fev.2022.

AMARAL, R. C. S. et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/dn3bd7j5vHK95QVX9D5XpMh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

AMESTOY, S. C. Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro líder na linha de frente contra o novo Coronavírus. **J. nurs. health**, v.10, n. esp. 2020.

AMORIM, T., et al. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e a prática assistencial em uma maternidade filantrópica. **Rev Enferm UFSM**, v. 9, p. 1-19, 2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34868>>. Acesso em 05 jul. 2021.

ARAÚJO, A. M. C.; FACCHINI, R. Mulheres e Direitos Humanos no Brasil: avanços e desafios. In: ALMEIDA, N. de B. **Os direitos humanos à prova do tempo: reflexões breves sobre o presente e o futuro da humanidade**. Campinas, SP: BCCL/UNICAMP, 2021, p. 102-107. Disponível em:<<https://econtents.bc.unicamp.br/omp/index.php/ebooks/catalog/view/143/149/537-1>>. Acesso em:20 fev. 2022.

ARES, L. P. M., et al. Non-invasive technologies in assisting high-risk parturient women: nurse-midwives' perceptions. **Rev Rene**. v.22, p.61385, 2021. Disponível em:<<https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/61385>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

AYRES, L. F. A.; HENRIQUES, B. D.; AMORIM, W. M. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciênc. saúde colet**. v. 23, n.11, nov , 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/vzyCnXjcGvpzySDMVqVCfXG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

AZAMBUJA, L. E. O.; GARRAFA, V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. **Rev. bioét**. v.23, n.3, p.634-44, 2015. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/bioet/a/w4QYvb3kfmcmkQxHdgHJN8K/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n.2 , maio/agosto. 2014. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/se/a/QDj3qKFJdHLjPXmvFZGsrLq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M.C. Bioética e feminismo: um diálogo em construção. **Revista Bioética**, v.16, n.2, p. 173 - 89, 2018. Disponível em:<file:///C:/Users/prsid/Downloads/ARTIGO_BioeticaeFeminismo.pdf> Acesso em: 5 fev. 2022.

BARBOSA, J. P. M. et al. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. **Saúde Soc.**, v.30, n.2, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qKZv8sc885rpsqDhwV5YJpF/>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

BEAUCHAMP, Tom. L.; CHILDRESS, James. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo - SP: Loyola, 2011.

BOURGUIGNON, A. M. ;GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde**, v.27, n.2, p.485-502, abr./jun, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYyj7Q/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 fev.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília - DF. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 27, 1984. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000**, Brasília, 2000. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**, Brasília - DF, p.82, 2004. Disponível em:<https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**, Brasília, 2011. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 21 fev, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**, Brasília, 2012. Disponível em:<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília - DF : Ministério da Saúde, p.51, 2017. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**, de 24 de fevereiro de 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 02 de abr, 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/prsid/Downloads/Braun%20Clarke%202006%20Using%20thematic%20analysis%20(1).pdf>. Acesso em 27 Nov. 2022.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, n. 115, p. 13-45, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Autonomia_e_Beneficencia.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CAMPOS, B. C. V. et al. Perfil da assistência hospitalar prestada por enfermeiras residentes em obstetrícia, em Brasília, Distrito Federal. **Revista Com. Ciências.Saúde**, v.27, n.4, p.291-300, 2016. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/35/8>>, Acesso em: 21 fev. 2022.

CANANÉA, B. A.; COUTINHO, L. C.; MEIRELLES, L. X. A parturição na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem: narrativas de vida. **Braz. J. of Develop**, v. 6, n. 11, p. 87145 - 87156, nov. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19737>>. Acesso em: 21 fev. 2022

CAPONI, S.; BRZOZOWSKI, F. S. Ética e medicalização. In: **UNASUS - Gestão da assistência farmacêutica**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3531>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R. S. Forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth. **Enfermería Global**, v. 47, p. 80-8, 2017. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/en_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CASSOL, C. V. Discussão para uma bioética Latino-Americana. **R. Ciências Humanas**, v.7, n.9, p.109-120, dez. 2006. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/293/543>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CASTRO, C. F. Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Rev. Bioét.** v.28, n.3, jul./set. 2020. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2213>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CASTRO, Carolina Fernandes de. **Termo de consentimento livre e esclarecido: significados para médicos e pacientes na assistência à saúde**. 2021. 85f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Santa Maria - RS, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/23758?show=full>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CAZELATTO, E. et al. Direito à informação como forma de defesa da violência obstétrica/ Direito à informação como forma de defesa da violência obstétrica. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 6, n. 2, p. 9523–9540, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/7218>>. Acesso em: 09 dez. 2022.

CRESWELL, John. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, John. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre - RS: Penso, 2013.

CLOUSER, K. D.; GERT, B. "A Critique of Principlism". **The Journal of Medicine and Philosophy**, v.15, p.219-236, 1990. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jmp/article-abstract/15/2/219/903616?redirectedFrom=fulltext&login=false>>. Acesso em: 02 Jan. 2023.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, out. 2009. Disponível em: <cielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2022.

COELHO, K. C.; ROCHA, I. M. S.; LIMA, A. L. S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. **Revista Recien**, v. 7, n. 21, p. 14-21, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/prsid/Downloads/3ok+m%C3%A9todos+n%C3%A3o+farmacol%C3%B3gicos.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. **Memórias de Parteiras: entrelaçamento gênero e história de uma prática feminina do cuidar**. 2002. 24f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84150>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

COSTA, Aline Caraméz. **Liberdade de movimentos e posicionamentos das mulheres na parturição: um olhar a partir das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem**. 2021. (Trabalho de Conclusão de Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - RJ, 2021. Disponível em: <<https://www.escavador.com/sobre/3108147/aline-caramez-costa>>. Acesso em: 2 Jan. 2023.

COVOLAN, N. T.; LESZCZYNSKI, S. A. C. A proposta bioética de inspiração feminista e as alteridades desconsideradas. **Revista educação e tecnologia**, v.7, n.7, 2003. Disponível em: <<http://revistas.utfpr.edu.br/pb/index.php/revedutect/article/view/2020>> Acesso em: 05 fev. 2022.

CUNHA, C. D. et al. A violência obstétrica e a dignidade da parturiente. **Revista Transformar**, v.12, n.1, jan./jul. 2018. Disponível em: <<http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/159>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CURI, P. L.; BAPTISTA, J. G. B. A medicalização do corpo da mulher e a violência obstétrica. **Ecos**, v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2092/1537>>. Acesso em 05 jul. 2021.

CURI, P. L.; RIBEIRO, M. T. A.; MARRA, C. B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. bras. psicol.**, v. 72, p. 156-169, 2020 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2023.

DAVIES, S. et al. Why it must be a feminist global health agenda. **The Lancet**, v. 393, fev. 2019. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32472-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32472-3/fulltext)>. Acesso em: 02 jan. 2023.

DECARLI, M. O. Patriarcado e violência obstétrica: A vitalidade da estrutura patriarcal no ambiente do parto. In: **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. 2018, Vitória - ES (Anais) v. 16, n. 1, p.1-17, 2018. Disponível em: <[file:///C:/Users/prsid/Downloads/ekeys,+PATRIARCADO+E+VIOL%C3%80NCIA+OBST%C3%89TRICA+A+VITALIDADE+DA+ESTRUTURA+PATRIARCAL+NO+AMBIENTE+DO+PARTO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prsid/Downloads/ekeys,+PATRIARCADO+E+VIOL%C3%80NCIA+OBST%C3%89TRICA+A+VITALIDADE+DA+ESTRUTURA+PATRIARCAL+NO+AMBIENTE+DO+PARTO%20(1).pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2022.

DEHERDER, E. Women's view on shared decision making and autonomy in childbirth: cohort study of Belgian women. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.22, n.551, jul. 2022. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04890-x>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

DINIZ, D.; VELEZ, A. C. **Bioética feminista: A emergência da diferença**. Série Anis 01, Brasília, Letras Livres, p.1-6, junho, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12006/11292>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista; O resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista bioética**, Brasília - DF, v.7 n.2, 2009. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/310/449>. Acesso em: 21 fev. 2022.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista na América Latina: A contribuição das mulheres. **Revista de Estudos Feministas**, v.16, n.2. p. 440, maio-agosto, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/hFScd4DfPPhm7nVH3wZn8Ks/?format=pdf&lang=p>>. Acesso em: 05 Fev. 2022.

DINIZ, Débora.; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo - SP: Brasiliense, 2002.

DINIZ, D.; FOLTRAN, P. Gênero e feminismo no Brasil: Uma análise da Revista Estudos Feministas. Estudos Feministas. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 99, p. 245-253, set.-dez. 2004. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/381/38109926.pdf>> Acesso em: 05 Fev. 2022.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; ORIÁ, M. O. B. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 1, p. 222-230, jan/mar. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5369/pdf_1>. Acesso em: 03 jan. 2023.

DOIS, A.. Participación en el proceso reproductivo: toma de decisiones durante el embarazo y parto. **Rev. peru ginecol obstet.** v.68, n.3, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/prsid/Downloads/Participacion_en_el_proceso_reproductivo_toma_de_d.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2023.

DUARTE, M. R., et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuições para o parto e nascimento. **Cogitare enferm**, v. 24, 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100318>. Acesso em 27 mar. 2021.

EBERT, L. et al. Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. **Women and Birth**. v. 27, n.2, p.132 - 37, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24355713/>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ELLS, C.; HUNT, M. R.; CHAMBERS-EVANS, J. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, v.4, n.2, p. 79-101, 2011. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/10.2979/intjfemappbio.4.2.79>>. Acesso em: 02 Jan. 2023.

FERNANDES, T. S. et al. Dimensões do empoderamento feminino: Autonomia ou Dependência. **Revista Alcance**, v. 23, n. 3, p. 391-413, 2016. Disponível em: <Dimensões do empoderamento feminino: Autonomia ou Dependência. Revista Alcance>. Acesso em: 21 fev. 2022.

FIGUEIREDO, A. M. Bioética: crítica ao principialismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. **Rev. Bioét.** v.26, n.4, out.-dez. 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/bioet/a/QhCBHGnvvLgSx5ScSNXCnPF/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Declaração de Beijing. In: CNDM. IV Conferência Mundial sobre a Mulher.** Beijing - China, 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em:<https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Plataforma de Ação. In: CNDM. IV Conferência Mundial sobre a Mulher.** Beijing - China, 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em:<https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** 68ª edição. Ed: Paz & Terra; 2019a, 144p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 81ª edição. Ed: Paz & Terra; 2019b, 256p.

FREITAS, A. F.; SEIDL, E. M. F. Estudo sobre a heteronomia na assistência em saúde a crianças e adolescentes com necessidades especiais. **Rev. bioética**, v.19, n.1, p.119-40, 2011. Disponível em:<https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/580>. Acesso em: 02 Jan. 2023.

FONTOURA, N.; RESENDE, M.; QUERINO, A. C. Beijing +20 : avanços e desafios no Brasil contemporâneo. **Ipea**, 2020. Disponível em:<<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10307>>. Acesso em:21 fev. 2022.

FPA.Fundação Perseu Abramo. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.**São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em:<pabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf> Acesso em:07 Fev. 2022.

GARRAFA, V.; MARTORELL, L. B.; NASCIMENTO, W. F. Críticas ao principialismo em bioética: Perspectivas desde do norte e desde o sul. **Rev. Saúde Soc.** v.25, n.2, p.442-451, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v46P8wRBDz6588xLJYLjcRh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GARNIERI, T. H. Os direitos das mulheres no contexto internacional da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing (1995). **Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery.** Disponível em:<<http://re.granbery.edu.br/artigos/MzUx.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, p. 21-34, 2012. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/icse/a/XjXvsdynqRSNX8XdZWGbVRv/?lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GENERO, I. K.; SANTOS, K. R. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v.9, n.3, p.261-279, 2020. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v9i3.2915>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo - SP: Atlas, 2017.

GOMES, S. C. et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. **Rev Bras Enferm**.v.71, n. 5, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/nHFxfwdbY9sCV7KcHyP9Rfh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

GOMES, A. MARQUES, A. M. FERNANDES, A. **Autonomia e gênero nos quotidianos de saúde: contributo para uma reflexão. Romper as fronteiras. A interseccionalidade nas questões de gênero**. In: MAGALHÃES, S. ALVAREZ, T. Romper as fronteiras. A interseccionalidade nas questões de gênero e feministas. Vila Franca de Xira - Lisboa. APEM – Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres. 2013. p.15-23. Disponível em:<file:///C:/Users/prsid/Downloads/e_book_Gnero.pdf>. Acesso em: 01 Jan.2023.

GÓMEZ-VIRSEDA, C. MAESENEER, Y. GASTMANS, C. Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. **BMC Medical Ethics**. v. 20, n.76, 2019. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/s12910-019-0417-3.pdf>>. Acesso em: 01 Jan. 2023.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p.1731 - 5, 2011. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HgPw4p8bzGtsMYGNxFMFZNw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em:21 fev. 2022.

HERNANDEZ, M. C. A ascensão do tema dos direitos humanos no Pós Guerra Fria: A Conferência de Viena (1993). **Revista de Ciências sociais**, v.15, n. 1, 2010. Disponível em:<https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciasSociais/Dissertacoes/hernandez_mc_me_mar.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HUNTER, A. et al. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1521-3> Acesso em: 23 nov. 2021.

HUSCHKE, S. Decision-making in the birth space. **British Journal of Midwifery**. v.29, n.5, 2021. Disponível em:<<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2021.29.5.294>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HUSCHKE, S. The System is Not Set up for the Benefit of Women: Women's Experiences of Decision-Making During Pregnancy and Birth in Ireland. **Qualitative Health Research**. v.32, n.2, p.330-44, 2022. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34852686/>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

JACOB, T. N. O. et al. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Esc. Anna. Nery**, v. 26, 2022 . Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/GYhvc6TGdgSzZMnFCQfBWXS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

JARDIM, D. M.B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 26, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20a%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20retrata,que%20naturalizam%20e%20banalizam%20sua>>. Acesso em:21 fev. 2022.

JENKINSON, B. et al. Women's, midwives' and obstetricians' experiences of a structured process to document refusal of recommended maternity care. **Women and Birth**. v.29, n.6, p.531 - 41, 2016. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27289330/>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

JUNQUEIRA, C. R. "Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios". In: RAMOS, D.L.P. **Bioética e ética profissional**. Rio de Janeiro- RJ: Guanabara-Koogan, 2007.

KAMI, M. T. M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**. v. 20, n.3, jul-set. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/DhLnCPmsfvdTLs68XPP64qQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

KUHNEN, T. A. Vulnerabilidade e desigualdade moral de gênero: cuidado e direitos na formação do agente moral. **Revista de filosofia Kalagatos**, v.15, n.2 , 2018. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/Dialnet-VulnerabilidadeEDesigualdadeMoralDeGenero-6983234.pdf>>. Acesso em:05 Fev. 2022.

LAHLOU, S. Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n.38, p.1-7, 2012. Disponível em:<[http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods(lsero).pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LANSKY, S. et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. **Ciênc. saúde coletiva**, v.24, n.8, p.2811-23, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrij/?lang=en>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LEAL, M. D. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, p.5-7, 2014..Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/TfDWbFMJSGTBDGLBH5jrc5w/?lang=pt>> Acesso em: 05 fev. 2022.

LEITÃO, Felipe João Correia. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. 2010. 108f. Dissertação (Mestrado em Bioética) Universidade de Lisboa. Faculdade de medicina. Lisboa – Portugal, 2010. Disponível em:<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2212/1/596873_Tese.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J.T. (Coords.). **Dicionário de bioética**. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário, 2001.

LIMEIRA, J. B. R. et al. A importância da humanização do parto realizado pelos enfermeiros obstetras para as parturientes: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 42, p. 308-321, 2018. Disponível em:<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1314>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LISBOA, T. K. **Empoderamento de mulheres e participação na gestão de políticas públicas**. Seminário Internacional Fazendo gênero 8, 2007. Disponível em:<http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg8/sts/ST11/Teresa_Kleba_Lisboa_11.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LÔBO, A. L. S. F. et al. Conflitos bioéticos na assistência perinatal: revisão integrativa da literatura. **Research Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/25177-Article-295157-1-10-20220111.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2022.

LÓPEZ, A. M. D.; NÓBREGA, L. N. Ações afirmativas adotadas no Brasil e no direito comparado para fomentar a participação política das mulheres. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC**, v. 31, n. 1, jan./jun. 2011. Disponível em:<<http://periodicos.ufc.br/nomos/article/view/394/376>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LUZ, L.H.; GICO, V.V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.23, n.3, p.475-484, 2015. Disponível em:<<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1109>>. Acesso em:21 fev. 2022.

MACEDO, D. S. et al. Análise dos princípios bioéticos que permeiam a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Research Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020. Disponível em:<[file:///C:/Users/prsid/Downloads/10710-Article-144998-1-10-20201209%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prsid/Downloads/10710-Article-144998-1-10-20201209%20(1).pdf)>Acesso em:05 fev. 2022.

MARTIGNAGO, Mariana Lenhani. **Bioética Feminista no Brasil: origem, trajetória e perspectivas**. 2021. 88f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Santa Catarina - RS, 2021. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/227014>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MARTINS, F. L. et al. Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, 2019. Disponível em:<https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MARTINS, R. Do Cairo a Nairóbi: 25 anos de agenda de população e desenvolvimento no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População [online]**, v. 36, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0094>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cad. Ibero-amer.** Brasília, v. 9, n.1, jan./mar. 2020. Disponível em:<<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MERBACH, F. F. O surgimento da bioética e sua atual importância no mundo jurídico. **Revista de Direito**, n. 21, 2014. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/327-Texto%20do%20artigo-566-1-10-20190603.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MERHY Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MILTENBURG, A et al. Maternity care and Human Rights: what do women think? **BMC International Health and Human Rights**. v.16, n.17, 2016. Disponível em:<<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-016-0091-1>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** 14^a ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2014. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-33574>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MINAYO, M. C. S. Foundation, mishaps and dissemination of qualitative research. In: COSTA et al. **Computer supported qualitative research, Poland: Springer**, research gate, p.55-70, 2017. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/FoundationsandmishapsSpringer.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MINAYO, M.C.S.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n.40, p.139-153, 2018. Disponível em:<[file:///C:/Users/prsid/Downloads/6439-Texto%20do%20artigo-19398-1-10-20180827%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prsid/Downloads/6439-Texto%20do%20artigo-19398-1-10-20180827%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MIRANDA, B. S. Contribuição da assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. **Rev.eletrônica**, v.6, n.1, 2020. Disponível em:<<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/viewFile/456/203>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MIYAMOTO, Yumi Maria Helena. **A bioética feminista de intervenção e de libertação da mulher latinoamericana para a concretude do direito humano fundamental da igualdade e da diferença: A chave de leitura para o direcionamento das políticas públicas de saúde da mulher**. 2018. 231f. Tese (Doutorado em Direito e Garantias Fundamentais) Faculdade de Direito de Vitória, Vitória - ES, 2018. Disponível em:<<http://site.fdv.br/wp-content/uploads/2018/10/tese-versao-revisada-yumi-02-10-2018.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* A humanização e a assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.4, p.452-455, jul./ago. 2007. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/wBXGtDrrJ99ZNQrDVVrMNHh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MUSIE, M. R.; PEU, M. D.; BHANA-PEMA, V. Factors hindering midwives utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. **African journal of primary health care & family medicine**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-29362019000100061. Acesso em: 22 nov. 2021.

NEIVA, E. R.; MAURO, T. J. Atitudes e mudanças de atitudes. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. **Psicologia social:principais temas e vertentes**. Porto Alegre, Artmed, 2011. Disponível em:<<https://pt.scribd.com/document/342726818/Capitulo-8-Atitudes-e-Mudancas-de-Atitude#>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Intrapartum care for healthy women and babies**. London; 2014. Disponível em:<<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

NICIDA, L. R. A. et al. Medicalização do parto: Os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.11, p.4531-4546, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfFVvk59DRwVc3PPPPvPLv/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

NIY, D. Y. et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo-SP. **Interface**, v.23, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/icse/a/qGxKTQCQ9wH3d8NnLqgNNhz/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

NOGUEIRA, R. H. P.; RIBEIRO, K. L. G. Dignidade da mulher e episiotomia: contributos de uma análise pautada nas capacidade mentais de Martha Nussbaum. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**. v. 5, n.2, p.45-61, 2019. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/5910-17296-1-PB.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

NUNES, A. L. et al. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. **Cad. Saúde Pública**, v.38, n.4, 2022. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/3gK4vMQWgVwDWgpTDWMdFjg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

NUNES, C. R. R.; NUNES, A. P. Bioética. **Rev Bras Enferm**, v.57, n.5, p.615-6, 2004. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/YVqfDmdW5qtvYsZRgSWzVKb/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

O'BRIEN, D.; BUTLER, M. M.; CASEY, M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. **Midwifery**. v. 46, p.1-7, mar. 2017. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28092814/>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Convenções ratificadas pelo Brasil**. [citado em 05 fev 2022] Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/convencoes/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 22 fev. 2022.

OLIVEIRA, F. Feminismo, luta anti-racista e bioética. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 73–107, 2009. Disponível em:<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1775>> Acesso em: 7 fev. 2022.

OLIVEIRA, J. L. Q.; GOUVÊA, A. N.; DAVID, M. J.V. Mulheres negras e a violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em:<[file:///C:/Users/prsid/Downloads/25184-Article-295178-1-10-20220111%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/prsid/Downloads/25184-Article-295178-1-10-20220111%20(2).pdf)>. Acesso em: 03 jan. 2023.

OLIVEIRA, Z. M., et al. Cuidado de enfermagem no climatério: perspectiva desmedicalizadora na atenção primária de saúde. **Rev enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 1032-43, fev. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13474/16178>> . Acesso em: 22 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **“Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”**. Genebra, 2014. Disponível em:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=75093B08A0DCD44F9CCB653E8BFB545E?sequence=3>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 2000. Disponível em:<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **“Declaração Universal dos Direitos Humanos”**, 217 (III) A. Paris, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 30 Jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização das Nações Unidas. **“Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais”**, 1966. [citado em 05 fev 2022] Disponível em:< http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf>. Acesso em:22 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização das Nações Unidas. **“Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher”**. Pequim, 1995. Disponível em:< https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização das Nações Unidas. **“Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”**, 2000. Disponível em:< <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização das Nações Unidas. **“Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”**, 2015. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização das Nações Unidas. **“Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 28 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Fundo de População das Nações Unidas. **“Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento/CIPD”**, 1994.

Disponível: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resumo-do-programa-de-acao-da-conferencia-internacional/>>. Acesso em: 05 Fev. 2022.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: A exposição “mulheres e práticas de saúde”. **Revista História, Ciências, Saúde**, v.25, n.4, p.1039-1061, out. /dez. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PARANHOS, et al. Uma introdução aos métodos mistos. **Interface sociologias**, v.18, n. 42, p. 384-411, mai/ago. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/WtDMmCV3jQB8mT6tmpnzKkC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PEREIRA, K. T. O. et al. O papel do enfermeiro no empoderamento das mulheres em situação de parto. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 39, p. 161–171, 2022. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/695>. Acesso em: 10 dez. 2022.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica, **Esc. Anna Nery**, v.23, n.4, p.1123-9, out/dez, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/PdZwR7RF9j5GbyHynvgtjNG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PRATA, J. A. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. **Esc. Anna Nery**, v.23, n.2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452019000200217&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em 27 mar. 2021.

PRATA, J. A. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Esc Anna Nery**, v. 26, 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0182>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/bRFmDysd7BbxKzQ6JqJxSqK/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PIMENTEL, C. et al. Autonomia, Risco e Sexualidade: A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **Revista REALIS**, v.4, n. 01, jan/jun, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813#:~:text=Autonomia%20C%20ri sco%20e%20sexualidade.,acerca%20da%20no%C3%A7%C3%A3o%20de%20sujeito.&text=Pimentel%20%7C%20Revista%20de%20Estudos%20AntiUtilitaristas%20e%20PosColoniais>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PINHEIRO, A. L. B. Direitos humanos das mulheres. In: **Beijing +20 : avanços e desafios no Brasil contemporâneo**. FONTOURA, N.; REZENDE, M.; QUERINO, A. C. (Organizadoras). Brasília: Ipea, 2020. p. 03-11. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10307>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PINTO, H. V. C. Proteção Internacional dos direitos humanos das mulheres. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, ano 15, nº 38, p. 1-184, jan/abr. 2014. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/2014/Cadernos_Jur%C3%ADdicos_38.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PINTO, J. J., et al. A medicalização e patologização na perspectiva das mulheres transexuais: acessibilidade ou exclusão social. **Rev enferm. UERJ**, v. 25, 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/29009>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.4, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/VVsfXjcBCgnXBYVNf7m68XS/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713004.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

PROGIANTI, J. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por Enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.3, p.2, jul/set. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/VkDhQdYdhKgzdXVYm7ZTMxS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PROGIANTI, J. M. et al. Precarização do trabalho da enfermeira obstétrica [Job insecurity among obstetric nurses] [Precarización del trabajo de la enfermera obstétrica]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p.33846, out. 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33846>>. Acesso em: 07 dez. 2022.

PURDY, L. M. Are pregnant women fetal containers? In: **Bioethics: an anthology**. Org: KUHSE, H.; SINGER, P. 2 ed. Singapore: SPI Publisher Service, 2006. Disponível em: <<https://web.colby.edu/medical-ethics-fall18/files/2015/09/Readings-2-5.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

QUITETE, J. B. et al. Aplicando a teoria das revoluções científicas na construção de um novo campo da enfermagem obstétrica. **Rev enferm. UFPE on line**, v.7, n.12, p.6913-20, dez. 2013. DOI: 10.5205/reuol.2950-23586-1-ED.0712201326. Disponível em: <[file:///C:/Users/prsid/Downloads/12357-30034-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prsid/Downloads/12357-30034-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2022.

RAMOS, T. M.; BALAMINUT, T.; SANFELICE, C. F. O. Avaliação da satisfação de mulheres com trabalho de parto e parto em hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.43, n.20210286, 2022. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210286.pt>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. BATISTA, R. A bioética e suas teorias. In: **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro - RJ, Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em:<<https://portal.fiocruz.br/livro/bioetica-para-profissionais-da-saude>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

REIS, T. L. R. et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Revisão Integrativa de Literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.38, n.1, mar. 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/W6tHf3txYL75vsf7tc4W4Rj/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.

RUBIN, B. O papel das conferências mundiais sobre as mulheres frente ao paradigma do empoderamento feminino. **Leopoldianum**, n.104/105/106, p. 61 - 84, 2012. Disponível em:<[file:///C:/Users/prsid/Downloads/unisantos_seer,+CAP4-61-84%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prsid/Downloads/unisantos_seer,+CAP4-61-84%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2022.

RODRIGUES, D. P. et al. Obstetric violence in the context of labor and childbirth. **Rev enferm UFPE on line**, v.12, n.1, p.236-46, 2018. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23523p236-246-2018>. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/23523-78924-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

RODRIGUEZ, Janete Delgado. **Autonomia relacional: un nuevo enfoque para la bioética**. 2012. 62f. Dissertação (Máster en Filosofía) Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Facultad de Filosofía, 2012. Disponível em:<<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:masterFilosofiaFilosofiaPractica-Jdelgado/Documento.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2023.

SANCHES, M. E. T. L. et al. Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto. **Revista de enfermagem UERJ**, v.27, p.4, 2019. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43933>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANTOS, A. E. R. Direito fundamental ao parto humanizado à luz da bioética feminista. **Revista Âmbito Jurídico**, 2019. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-182/direito-fundamental-ao-parto-humanizado-a-luz-da-bioetica-feminista/amp/>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANTOS, A. L. S. et al. Bioética e parto humanizado: concepções e práticas de enfermeiras obstetras. **Rev. Textura**, v.13, n.21, p.93-103, 2019. Disponível em:<<https://textura.famam.com.br/textura/article/view/333>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANTOS, F.S.R. et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da exposição sentidos do nascer. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.6, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 abr. 2023.

SANTOS, G.; TATIANE, D. A Prática da Tolerância como Caminho para a Concretização dos Direitos Humanos das Minorias: da Percepção do Outro ao Reconhecimento das Diferenças. **Revista gestão e desenvolvimento em contexto**, v.2, n. 01, 2014. Disponível em:<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53042301/481-5425-1-PB-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1645541701&Signature=RdP2mxBObtnj5fYD2qZVa5ZbPION7jj4ANScuiSdRC6GfwRzsASaUSNatmye79Y3Jhl4Qus0hTo2zVDTGJLYan~Isk~CY6riSmHyB5ZVPIjb859Fkvy54J-Qt5BnteWe1oJBSS-bg0mXZuomtZ3ZLs3HchINFXYhxEg1I56YonsW1WJzwDX8XUDBO40PxmsvegkeKarEeipZesjF5iRShOZRXXKlFCFOzimuhgCeOLyaeqtCEiens89~4ckR5585IHxwO6U Uyoxl5AiF8LdZuQijNlbXTqUE2fc3Z2oPvIPKLW6tpH4pxfZbsKdyLOmFahzRMbTI40Iibj-aDit-hg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANTOS, Luciana Guimarães. **“A ARTE DE PARTEJAR”: Das parteiras tradicionais à medicalização do parto no Amazonas (1970-2000)** 2016, 168f. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2016. Disponível em:<[file:///C:/Users/prsid/Downloads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Luciana%20G.%20Santos%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/prsid/Downloads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Luciana%20G.%20Santos%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SARGES, R. C.; LÓPEZ, L. C. A assistência ao parto na perspectiva de enfermeiras obstétricas em uma maternidade pública: desmedicalização e micropolíticas na linguagem de gênero. Vivência; **Revista de Antropologia**. v. 1, n. 48, p. 133-148, 2016. Disponível em:<<https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11574>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SEIBERT, Sabrina Lins. **Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: Critérios e efeitos esperados**. 2010. 182f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. . Rio de Janeiro – RJ. 2010. Disponível em:<<https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/11244>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SENA, Ligia Moreiras. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.” A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. 2016. 277f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC, 2016. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172548>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SCHETTINI, N. J. C.; GRIBOSKI, R. A.; FAUSTINO, A. M. Normal childbirth cared by obstetric nurses: birthing positions and the relationship with spontaneous perineal lacerations. **Rev Enferm UFPE on line**. v.11, n.2, p. 932-40, 2017. Disponível em:<file:///C:/Users/prsid/Downloads/13462-34107-1-PB.pdf>. Acesso em:03 jan. 2023.

SHERWIN, Suzan. **No longer patient: feminist ethics and health care**. Philadelphia: Temple University Press; 1992. 280p.

SILVA, A. C. C.; TORTATO, C. S. B. As vozes que gritam tem cor: Violência Obstétrica e a Bioética de Intervenção como modelo para o atendimento ao parto. In: **31ª Reunião Brasileira de Antropologia**. Brasília: DF, 2018. Disponível em:<file:///C:/Users/prsid/Downloads/As%20Vozes%20que%20giram%20tem%20cor%20Viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20e%20a%20biot%C3%A9cia%20da%20interven%C3%A7%C3%A3o%20como%20modelo%20de%20atendimento%20ao%20parto%20(1).pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. Nascimento e cidadania: Entra a norma e a política. **Saúde Soc.**, v.29, n.1, 2020. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8zVtkDvXwSGkT8BjrBZGfkG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SILVA, B. S. M. A maternidade moderna e a medicalização do parto nas páginas do Boletim da Legião Brasileira de Assistência, 1945-1964. **Revista História, Ciências, Saúde**, v.25, n.4, p.1019-1037, out./dez. 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JJzvMx7Y3dYVnBbgDfsDKBm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SILVA, C. R. et al. Parto em posição não supina: Percepção de profissionais na assistência hospitalar. **Revista ciência cuidado saúde**. v. 18, n.4, Out- Dez, 2019. Disponível em:<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45203#:~:text=Considera%C3%A7%C3%B5es%20finais%3A%20sugere%20dse%20a,n%C3%A3o%20supinas%20no%20per%C3%ADodo%20expulsivo.>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SILVA, D. F.; PERES, L. C.; ARAÚJO, L. C. S. Conhecimento das gestantes sobre as posições do parto. **Revista de enfermagem FACIPLAC**, v.1, n.1, jan/jul. 2018. Disponível em:<http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/504#:~:text=Os%20resultados%20mostraram%20que%20o,conhecidas%20e%20utilizadas%20pelas%20entrevistadas.>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SILVA, E. P. **Percepção do enfermeiro sobre o paciente em cuidados paliativos na terminalidade da vida em um contexto bioético**. 2021. 192f. Dissertação (Mestrado em Bioética) Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Rio de Janeiro-RJ. 2021.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc.**, v.28, n.3, p.171-184, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZBMXtHgcSpYZJrXfsBF87Nt/?lang=pt>>. Acesso em:22 fev. 2022.

SILVA, L. S. et al. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: Uma contribuição para o cuidar. **Revista Enferm. UFPE**, v. 10, n.4, p.3551-3556, set. 2016. Disponível em :<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11127>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SILVA, G. F. et al. Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. **Rev enferm UERJ**, 2020. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49421>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SMALL, M. L. How to conduct a mixed methods study: Recent trends in rapidly growing literature. **Annual Review Sociology**, v.37, n.57, p.86, 2011. Disponível em:<<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.012809.102657>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SOARES, Sheila Pereira. **Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde**. 2012. 160 f. Dissertação (Mestrado em Bioética).Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília - DF, 2012. Disponível em:<https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12584/1/2012_SheilaPereiraSoares.pdf>. Acesso em:03 jan. 2023.

SOUSA, J. L. et al. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. **Revista Baiana Enferm**, v. 32, n.2, p.47-99, 2018. Disponível em:<<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27499>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SOUZA, L. K. Recommendations for Conducting Focus Groups in Qualitative Research. **PSI UNISC**, v.4, n.1, p.52-66, 2020. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/13500-Texto%20do%20Artigo-61505-2-10-20200204.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arq. bras. psicol.**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2022.

SOUZA, N. C. R.; FERREIRA, R. V. Violência obstétrica: Gênero e relações de poder. **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”** Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019. Disponível em:<<file:///C:/Users/prsid/Downloads/1532-Article%20Text-2948-1-10-20200124.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SOUZA, R. A. G. et al. O processo de construção da enfermagem obstétrica: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. 9743, fev. 2022. Disponível em:<<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9743>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

TABET, L. P., et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde debate**, v. 41, n. 115, p. 1187-98, out./dez. 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SKCGf4z84vhPQ3JFKqcMGng/abstract/?lang=pt#:~:text=Em%20sua%20obra%2C%20a%20medicina,a%20partilha%20do%20conhecimento%20cient%20C3%ADfico>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

TAROUCO, V. et al. Cuidados de enfermagem frente a dimensão espiritual no período gestacional: uma revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n.5, p. 185-90, 2019. Disponível em:<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/2688/688>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

TASHAKKORI, A.; CRESWELL, J. W. Exploring the nature of research questions in mixed methods research. **Editorial. Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 3, p. 207-211, 2007. Disponível em:<<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1558689807302814>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **O que são os direitos humanos das mulheres**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2006.

TESSER, C. D. NETO, P. P. CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15 n. 3, p. 3615-24, 2010. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/5CPdsP8KcY736w7qnJqg9PJ/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

THACHUK, A. Midwifery, Informed Choice, and Reproductive Autonomy: A Relational Approach. **Feminism & Psychology**, v.17, n.1, p.39 -56, 2007. Disponível em:<<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959353507072911>>. Acesso em: 03 jan. 2023.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sóciopoético. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n.4, p. 656-664, 2008. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/tce/a/Lj5DpzpZqnp649h4TLVTrVc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface**, n.25, p.200689, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

TRINDADE, A. A. C. Balanço dos resultados da Conferência Mundial de Direitos Humanos: Viena, 1993. **Revista IIDH**, v.18, 1993. Disponível em:<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/cancado_trindade_balanco_viena_1993.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

UNFPA. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo, 1994)**. 2007. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/content/unfpa-no-brasil>>. Acesso em: 04 Fev. 2022.

VARGENS, O. M. C; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/k6wghVnM4Vk8P5kkPJ7QxzM/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

VARGENS, O. M. C; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 46-50, 2004. Disponível em:<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/92.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.1, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ean/a/dfNt7rwTQn7p63DYNMTC99q/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 15 set. 2021.

VARGENS, O. M. C. et al. Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em Enfermagem obstétrica. **Rev Gaúcha Enferm**, v.29, p.354-61, 2008. Disponível em:<<http://pesquisadores.uff.br/academic-production/aplicando-concep%C3%A7%C3%B5es-te%C3%B3ricas-filos%C3%B3ficas-de-colli%C3%A8re-para-conceituar-novas>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

VARGENS, O. M. C; PROGIANTI, J. M. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery**, v.8, n.2, p.194-7, ago. 2004. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713004.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

VAITSMAN, J. Hierarquia de Gênero e Iniquidade em Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, 1994. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/physis/a/8VxnLkGgmXZfm3k7Cz3TBQx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 05 Fev. 2022.

VAUCHER, C. et al. Meeting physicians' needs: a bottom-up approach for improving the implementation of medical knowledge into practice. **Health Res Policy Syst**. v. 14, n. 1, p.49, 2016. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27431911/>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

VILELA, A. T. *et al.* Percepção dos enfermeiros obstetras diante do parto humanizado. **Revista de enfermagem UFPE**, v.13, 2019.

VINUTO J. Snowball sampling in qualitative research: an open debate. **Temáticas**. v.22, n.44, p.203-20, 2014. Disponível em:<<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

WHITE RIBBON ALLIANCE. **Respectful Maternity care: The universal rights of childbearing women** [Internet]. 2011. Disponível em:< http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

WINDAU-MELMER, T. **A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care**. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013. Disponível em:<<https://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=18>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

WHO. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em:<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternal_mortality_report.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

WOLF, S. **Feminism and Bioethics: beyond reproduction**. New York: Oxford University Press, 416p, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, 2018. Disponível em:<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=EF26CADCB8EC1B68965F767A6F6AF1A8?sequence=1>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ZABALA, A, ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Penso, 2009.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Obstetrical violence in Brazil: a narrative review. **Psicologia & Sociedade**, n.29, p.155043, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ZIRR, G. M. *et al.* Autonomia da mulher no trabalho de parto: Contribuições de grupo de gestantes. **Rev. Min. Enferm.** n.23, p.1205. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051589>>. Acesso em: 2 fev. 2022.

ZORZAM, B. CAVALCANTI, P. **Direito das mulheres no parto: Conversando com profissionais da saúde e do direito**. São Paulo : Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016. Disponível em:<<https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/direito-mulheres-parto.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta dos dados

Roteiro da entrevista

Data: ____/____/____ Número da entrevista: _____

Parte I - Introdução *(Já com o gravador ligado).*

- Agradecer à participante pela participação;
- Esclarecer sobre o assunto da entrevista;
- Solicitar autorização para a gravação e utilização da entrevista na pesquisa.

Parte II - Dados sócio-demográficos

1. Idade: ____ anos
2. Cor/Raça: () branca () parda () preta () indígena () amarela
3. Profissão: _____
4. Nacionalidade: () brasileira () estrangeira
5. Naturalidade: _____
6. Bairro de moradia : _____
7. Possui alguma deficiência: () não () sim. Qual? _____
8. Escolaridade: () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
() Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Superior completo
() Pós graduação
9. Situação Conjugal: () solteira () casada /ou união estável () Possui parceiro (a) fixo, mas não vive com ele (a) () viúva () divorciada
10. Identidade de gênero: () cisgênero () transgênero () não binário
11. Orientação sexual: () heterossexual () homossexual () bissexual () assexual
() panssexual
12. Situação atual de emprego: () empregada com carteira assinada () empregada sem carteira assinada () autônoma () desempregada () estudante
13. Faixa de renda familiar: () menos de R\$ 1.000 () de R\$ 2.000 a R\$ 3.000 () de R\$ 3.000 a R\$ 4.000 () entre 4.000 e R\$ 5.000 () mais de R\$ 5.000
14. Quantas pessoas moram na sua casa: _____

15. Está inscrita (o) em algum Programa Social do Governo:

() Cadastro único () Bolsa família () Programa Brasil carinhoso () Tarifa social de energia elétrica () PRONATEC () Benefício emergencial

Parte III - Dados obstétricos

1. Paridade: Gestações: ____ / Partos vaginais: ____ / Cesáreas: ____ / Abortos: ____

2. Realizou pré-natal? () SUS () Rede particular () Ambos () Não realizou.

3. Quantas consultas de pré-natal você teve: () Menos de 06 consultas () 06 consultas

() mais de 06 consultas.

4. Qual profissional acompanhou você durante o pré-natal?

() Médico () Enfermeira () Ambos

5. Vocês recebeu orientações sobre o trabalho de parto e parto durante o pré-natal:

() Não

() Sim. Quem forneceu? () Médico () Enfermeira () Ambos () Outros () Não sei dizer.

Quais informações você recebeu?

6. Local do parto: () Hospital () Maternidade () Casa de parto

7. Você já conhecia o local do parto? () Não () Sim

Parte IV - Percepções sobre a assistência à parturição

1. Você teve um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto?

() Sim, quem? _____

() Não, qual o motivo: _____

2. Você se sentiu acolhida durante o trabalho de parto e parto?

() Sim () Não.

Explique:

3. Você recebeu orientações sobre o trabalho de parto e o parto?

() Não

() Sim

() Não sei dizer

Quais orientações você recebeu?

7. Você preparou um plano de parto:

- ☐ Não.
- ☐ Sim, apresentei o plano de parto ao chegar na maternidade.
- ☐ Sim, mas esqueci de apresentar o plano de parto. No entanto, a enfermeira me pediu para entregar.
- ☐ Sim, mas esqueci de apresentar o plano de parto e ninguém me pediu para entregar.

8. Caso você tenha preparado e entregue o plano de parto à enfermeira:

- ☐ meus desejos expressos no plano de parto não foram respeitados.
- ☐ meus desejos expressos no plano de parto foram plenamente respeitados.
- ☐ meus desejos expressos no plano de parto foram parcialmente respeitados

Explique:

9. Você teve liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto?

- ☐ Não ☐ Sim

10. Te orientaram que você poderia beber líquidos e/ou se alimentar durante seu trabalho de parto? ☐ Não ☐ Sim

11. Alguém te explicou sobre procedimentos realizados em seu corpo?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Quais procedimentos te explicaram?
- ☐ Ausculta do batimento fetal
- ☐ Toque vaginal
- ☐ Infusão de ocitocina
- ☐ Redução do colo
- ☐ Descolamento/Ruptura da bolsa das águas
- ☐ Mudança de posição na hora do parto
- ☐ Episiotomia
- ☐ Sutura de lacerações
- ☐ Outros, quais? _____

12. Te ofereceram algum recurso para aliviar a dor, promover conforto e proporcionar bem-estar? Se sim, quais recursos foram oferecidos a você durante o trabalho de parto e parto?

- ☐ Não

- () Sim, Quais?
- () Participação do acompanhante
- () Apoio emocional
- () Banho morno no chuveiro
- () Banho morno na banheira
- () Cavalinho
- () Bola suíça
- () Banqueta
- () Massagem
- () Penumbra
- () Exercícios respiratórios
- () Exercícios de movimentação da pelve
- () Caminhadas
- () Liberdade de movimentos
- () Privacidade
- () Óleos essenciais
- () Música
- () Liberdade de expressão e vocalização da dor
- () Posições vertical
- () Posição de quatro apoio
- () Posição de cócoras
- () Outras _____

13. Caso alguma das opções acima tenha sido ofertada, você recebeu informações sobre os benefícios? () Não () Sim

15. Caso alguma das opções acima tenha sido ofertada, quais você escolheu e por quê?

- () Participação do acompanhante _____
- () Apoio emocional _____
- () Banho morno no chuveiro _____
- () Banho morno na banheira _____
- () Cavalinho _____
- () Bola suíça _____
- () Banqueta _____
- () Massagem _____

- () Penumbra _____
- () Exercícios respiratórios _____
- () Exercícios de movimentação da pelve _____
- () Caminhadas _____
- () Liberdade de movimentos _____
- () Privacidade _____
- () Óleos essenciais _____
- () Música _____
- () Liberdade de expressão e vocalização da dor _____
- () Posições vertical _____
- () Posição de quatro apoio _____
- () Posição de cócoras _____
- () Outras _____

16. Em qual posição você pariu?

- () Totalmente deitada (horizontal)
- () meio sentada (semi-vertical)
- () sentada (banqueta ou banquinho)
- () agachada (cócoras)
- () de quatro na cama (quatro apoios)
- () em pé
- () deitada de lado (lateral)

17. Foi você que escolheu essa posição na hora do parto? () Não () Sim

18. Marque as situações que você vivenciou durante o trabalho de parto ou no parto:

- () Se sentiu humilhada, como? _____
- () Ouviu piadinhas, quais? _____
- () Foi impedida de se expressar ou gritar, como? _____
- () Ouviu xingamentos, quais? _____
- () Sofreu discriminação por causa da cor de pele.
- () Forçaram a sua barriga na hora do parto (manobra de Kristeller).
- () Foi impedida de se movimentar durante o parto.
- () Foi impedida de comer ou beber durante o trabalho de parto.
- () Foi obrigada a ter o bebê numa posição que não queria.

- () Se recusaram a esclarecer suas dúvidas.
- () As pessoas não ouviam o que eu tinha a dizer.
- () Foi submetida a lavagem intestinal.
- () Cortaram seus pelos pubianos .
- () Realizaram episiotomia (corte no períneo).
- () Realizaram toques vaginais sucessivos e por várias pessoas.
- () Foi impedida de ter acompanhante.
- () Recebeu comentários ofensivos sobre seu corpo.
- () Colocaram soro com ocitocina sem sua permissão.
- () Amarraram suas pernas ou braços.
- () Romperam a bolsa das águas sem o seu consentimento.
- () Foi impedida de segurar seu bebê após o parto.
- () Foi impedida de amamentar seu filho na primeira hora.
- () Outra situação, qual? _____
- () Não vivenciei nenhuma situação desse tipo

19. Fale-me sobre sua experiência com o cuidado da enfermeira durante o trabalho de parto e parto.

Tópicos de orientação:

- Como foi a relação com a enfermeira obstétrica?
- Como foi para você ter utilizado as tecnologias não invasivas de cuidado oferecidas pela enfermeira obstétrica?
- Você se sentiu livre para usar a tecnologia não invasiva que desejava?
- A enfermeira explicou os benefícios das tecnologias não invasivas de cuidado?
- Você conseguiu escolher a tecnologia não invasiva que desejava utilizar?
- Você sentiu confiança e segurança?
- A enfermeira se mostrou disponível e interessada em ouvir o que você tinha a dizer?
- Suas preocupações foram acolhidas?
- Os seus desejos, sua privacidade e suas crenças foram respeitadas?
- Você teve a oportunidade de fazer escolhas sobre os cuidados?
- Você participou das decisões sobre o cuidado?
- Se sentiu apoiada em suas escolhas?

- Você sente que suas decisões foram influenciadas por alguém? Como?
- Você se sentiu à vontade para recusar algum cuidado?
- Você se percebeu como protagonista do processo?

20. Com relação aos direitos das mulheres durante o trabalho de parto e parto, quais dos direitos abaixo foi garantido a você?

- () Acompanhante se sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto
- () Não sofreu discriminação por causa da sua cor, classe social ou identidade
- () Não sofreu humilhações, abusos verbais ou psicológicos
- () Você recebeu esclarecimentos sobre a evolução do seu trabalho de parto e sobre qualquer procedimento necessário durante esse processo
- () Você deu autorização para a realização ou não de procedimentos e intervenções
- () Sua recusa há algum procedimento foi respeitada
- () Você teve acesso ao seu prontuário
- () Sua privacidade foi resguardada e que teve a confidencialidade das suas informações pessoais
- () Não houve qualquer forma de violência física ou o uso de práticas invasivas desnecessárias e sem comprovação científica
- () Você participou das decisões, suas preferências foram ouvidas e acolhidas, bem como conversaram sobre os riscos, benefícios e implicações relacionadas à assistência.
- () Você teve liberdade para escolher e suas vontades foram respeitadas.

21. Em quais momentos do trabalho de parto e parto você sentiu que seus direitos foram respeitados?

22. Em quais momentos você sentiu que seus direitos não estavam sendo respeitados?

Parte V - Fim da entrevista.

- Perguntar se gostaria de acrescentar algo em relação aos tópicos discutidos durante a entrevista ou dizer algo que considere relevante, que não foi abordado.
- Agradecer a disponibilidade e o apoio da participante na pesquisa.
- Finalizar a gravação.

APÊNDICE B - Quantificação dos códigos iniciais

Quadro 1 - Quantificação dos códigos iniciais (continua)

Números	Códigos	Quantificação dos códigos nas entrevistas
3	Respeitar as escolhas da mulher	61
13	Construção de vínculo e relação de apoio e confiança	37
11	Posturas de proximidade	35
16	Demonstrações de sensibilidade	35
2	Fornecer orientações e esclarecimentos	34
24	Oferecer opções para o cuidado	31
25	Proporcionar escolhas informadas	20
5	Mulher assume o controle do próprio corpo	18
17	Promover a autoconfiança	18
32	Demonstrações de amorosidade	17
10	Proporcionar decisões compartilhadas	15
1	Posturas de acolhimento	12
4	Respeitar a presença e participação do acompanhante	12
29	Propiciar a liberdade de movimentos e posicionamentos	12

Quadro 1 - Quantificação dos códigos iniciais (conclusão)

6	Demonstrações de disponibilidade	11
20	Satisfação com a experiência da parturição	11
23	Respeitar a integridade corporal	10
22	Obter o consentimento esclarecido prévio a qualquer procedimento	9
12	Respeitar expressões de sentimentos	8
7	Respeitar a privacidade	7
18	Proporcionar um ambiente confortável e acolhedor	7
9	Oferecer alimentação e líquidos durante o trabalho de parto	5
8	Incentivar a participação do acompanhante	4
14	Respeitar a fisiologia do parto	4
26	Respeitar expressões da religiosidade	4
19	Não fornecer esclarecimentos prévios à realização de procedimentos	2
30	Ter atitudes desumanizadas	2
15	A mulher não reconhece a violência	1
27	Coibir as expressões de sentimentos	1
28	Desrespeitar a integridade corporal	1
Total		444

Fonte: A autora, 2022.

APÊNDICE C - Mapa temático do processo analítico

Figura 6 - Mapa temático do processo analítico



Fonte: A autora, 2022.

APÊNDICE D - Síntese do processo interpretativo e analítico

Quadro 2 - Síntese do processo interpretativo e analítico

Códigos condensados	Subtemas	TEMAS	CATEGORIAS
As habilidades relacionais e ações da enfermeira favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio e segurança	Habilidades e ações transmitem apoio, confiança e afetividade, tranquilidade e segurança, favorecem o acolhimento e a construção de vínculo	O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar digno	Percepções das mulheres sobre o agir das enfermeiras obstétricas no processo de parturição
As habilidades relacionais e ações da enfermeira transmitem apoio, confiança e afetividade			
As habilidades e ações da enfermeira favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio e tranquilidade			
As habilidades e ações da enfermeira favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio			
As habilidades e ações da enfermeira favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio, tranquilidade e afetividade			
As habilidades e ações da enfermeira proporcionam um ambiente confortável e acolhedor, favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio, tranquilidade e segurança	Habilidades e ações proporcionam um ambiente confortável e acolhedor		
As habilidades e ações da enfermeira proporcionam um ambiente confortável e acolhedor, favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio, afetividade e segurança			
As habilidades e ações da enfermeira proporcionam um ambiente confortável e acolhedor,			
Respeito à participação ativa do acompanhante	Habilidades e ações respeitam a presença e a participação do acompanhante		
Respeito e incentivo à participação ativa do acompanhante			
incentivo a participação ativa do acompanhante			
Ações da enfermeira respeitam a privacidade e as expressões da religiosidade da mulher	Habilidades e ações respeitam a privacidade da mulher		
A enfermeira proporciona decisões informadas e compartilhadas, oferecendo opções de cuidado e respeitando sua privacidade, expressões de sentimentos e suas escolhas da mulher			
As habilidades e ações da enfermeira favorecem a construção de vínculo, transmitem apoio e promovem a autoconfiança da mulher	O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar empoderador		

As ações da enfermeira mostram a obtenção de consentimento da mulher prévio à qualquer procedimento, com o uso de linguagem apropriada	Ações mostram a obtenção de consentimento da mulher prévio à qualquer procedimento, com o uso de linguagem apropriada	O agir das enfermeiras conforma um processo de cuidar respeitoso	
As habilidades e ações das enfermeiras mostram o oferecimento de opções de cuidado e oportunizam decisões informadas	Habilidades e ações mostram o oferecimento de opções de cuidado e oportunizam decisões informadas		
As habilidades e ações da enfermeira transmitem apoio, respeitam as escolhas da mulher, proporciona escolhas informadas, pois oferecem opções de cuidados para aliviar a sensação dolorosa, com esclarecimentos			
As ações da enfermeira proporcionam decisões informadas e compartilhadas, oferecendo opções de cuidado e respeitando as escolhas da mulher	Habilidade e ações mostram o oferecimento de opções de cuidado e oportunizam decisões informadas e compartilhadas		
Habilidades e ações das enfermeiras mostram o oferecimento de opções de cuidado, oportunizam decisões informadas e compartilhadas, com respeito às escolhas da mulher	Habilidade e ações mostram o oferecimento de opções de cuidado e oportunizam decisões informadas, com respeito às escolhas da mulher		
Habilidades e ações das enfermeiras mostram o oferecimento de opções de cuidado, oportunizam decisões informadas e respeitam as escolhas da mulher			
Ações das enfermeiras mostram o oferecimento de opções de cuidado, oportunizam decisões informadas e respeitam as escolhas da mulher			
Ações da enfermeira respeitam as escolhas da mulher, proporciona escolhas informadas, pois oferecem opções de cuidados para aliviar a sensação dolorosa, com esclarecimentos			
O agir da enfermeira conforma situações desrespeitosas, nas quais há atuação conjunta com o profissional médico	Vivências de situações desrespeitosas pontuais		As expressões da autonomia das mulheres no processo de parturição
A mulher se conectou com o próprio corpo	A mulher assumiu o protagonismo no processo de parturição	Autonomia expressa no protagonismo da mulher	
Quando a mulher está conectada com o próprio corpo, a enfermeira respeita suas decisões			
Quando a mulher está conectada com o próprio corpo e o acompanhante participa ativamente, a enfermeira respeita sua privacidade e decisões			
Quando a mulher está conectada com o próprio corpo, a enfermeira respeita sua privacidade e decisões			
Quando a mulher está conectada com o próprio corpo, a enfermeira respeita sua privacidade e se posiciona na mesma altura da mulher. Atitudes da enfermeira se revertem em bem estar e segurança			
O agir das enfermeiras mostra respeito à fisiologia da parturição	A fisiologia do parto foi respeitada	Autonomia expressa na	

O agir das enfermeiras mostra respeito à integridade corporal da mulher	A mulher teve a sua integridade corporal respeitada	preservação da integridade corporal da mulher	
A mulher teve um acompanhante de sua escolha	A mulher teve um acompanhante de sua escolha durante o processo de parturição	Autonomia expressa no exercício da livre escolha da mulher	
A enfermeira reconhece a importância da presença do acompanhante e respeita a sua participação			
O agir das enfermeiras proporciona decisões informadas e compartilhadas, oferecendo opções de cuidado e respeitando as escolhas da mulher	A mulher participou dos processos decisórios de modo esclarecido e teve a liberdade de decidir sobre os seus cuidados		
O agir da enfermeira mostra respeito à liberdade de ingerir alimentos e líquidos durante o trabalho de parto	A mulher teve liberdade para se alimentar e ingerir líquidos	Autonomia expressa no exercício da liberdade da mulher	
Quando a enfermeira esclarece sobre a liberdade de movimentos e posicionamento na parturição, a mulher assume o controle do próprio corpo	A mulher teve liberdade para se movimentar e adotar posicionamentos		
Quando a enfermeira esclarece sobre a liberdade de movimentos e posicionamento na parturição, a mulher faz escolhas informadas			
A enfermeira oferece opções de cuidado que respeitam as expressões da religiosidade da mulher	A mulher teve liberdade religiosa		
O agir da enfermeira respeita as expressões de sentimentos e da religiosidade da mulher			
O agir da enfermeira respeita as expressões dos sentimentos da mulher	A mulher teve liberdade para expressar sentimentos		
A enfermeira acolhe a mulher e oferece opções de cuidado, com habilidades e ações que favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio e confiança, culminando em satisfação com a experiência	O agir das enfermeiras proporcionam a satisfação das mulheres com a experiência da parturição	Satisfação das mulheres com a experiência da parturição	
A enfermeira acolhe a mulher e fornece orientações e esclarecimentos, com habilidades e ações que favorecem a construção de vínculo e transmitem apoio, culminando em satisfação com a experiência			
A enfermeira acolhe a mulher e fornece orientações e esclarecimentos, com habilidades e ações que favorecem a construção de vínculo, transmitem apoio e promovem a autoconfiança da mulher, culminando em satisfação com a experiência			

Fonte: A autora, 2022.

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**Autonomia feminina na parturição: Uma perspectiva bioética das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem**”, conduzida pela mestrandia em enfermagem Raquel Pinheiro da Silva, sob orientação da Prof^a Dr^a Juliana Amaral Prata. Este estudo tem por objetivos: Descrever as percepções das mulheres sobre sua autonomia na parturição; Discutir os processos decisórios da mulher relacionados ao uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem na parturição; e Analisar a autonomia feminina na parturição a partir do uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem à luz da bioética feminista.

Você foi selecionada por ter vivenciado a experiência do trabalho de parto e parto assistido por enfermeira obstétrica. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará qualquer prejuízo. Os riscos da participação na pesquisa, ainda que mínimos, são sofrimentos emocionais pela recordação das vivências, mas a sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento. Cabe ressaltar que a participação na pesquisa não é remunerada e nem implicará em qualquer custo para você.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista individual semiestruturada, que será realizada virtualmente em um dia e horário de sua escolha e combinados previamente. A entrevista terá duração aproximada de uma hora e solicitamos a sua permissão para gravação do áudio. O conteúdo da entrevista abrangerá suas percepções sobre o cuidado recebido e a autonomia feminina no uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem durante o processo de parturição.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contato da pesquisadora responsável: Raquel Pinheiro da Silva, e-mail: raquel.pinheiro150404f@gmail.com, telefone: (21) 98878-4749. Orientadora: Juliana Amaral Prata, e-mail: juaprata@gmail.com e telefone: 99119-7178, na Boulevard 28 de Setembro, 157 – 7º andar – Vila Isabel – Rio/RJ – cep: 20551-030. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São

Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: coep@sr2.uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. Nosso horário, de segunda à sexta, das 10h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE F - Dados sociodemográficos das participantes

Quadro 3 - Dados sociodemográficos das participantes (continua)

Participante	Idade	Cor / Raça	Profissão	Nacionalidade	Município de moradia	Escolaridade	Situação Conjugal	Identidade de gênero	Orientação sexual	Situação atual de emprego	Faixa de renda familiar	Quantas pessoas moram com você?	Está inscrita em algum programa social do Governo?
1	25	Preta	Auxiliar de serviços gerais	Brasileira	Paracambi	Ensino médio incompleto	Solteira	Cisgênero	Heterossexual	Empregada sem carteira assinada	De R\$2.000 à 3.000	2	Bolsa Família
2	29	Parda	Do lar	Brasileira	Paracambi	Ensino médio completo	Solteira	Cisgênero	Heterossexual	Autônoma	De R\$2.000 à 3.000	4	Cadastro Único, Bolsa Família, Tarifa social de energia elétrica
3	32	Branca	Auxiliar de produção	Brasileira	Japeri	Ensino médio completo	Casada / União estável	Não binário	Heterossexual	Empregada com carteira assinada	De R\$2.000 à 3.000	4	Bolsa Família
4	20	Preta	Do lar	Brasileira	Japeri	Ensino médio incompleto	Casada / União estável	Não binário	Heterossexual	Desempregada	Menos de R\$1.000	3	Bolsa Família
5	32	Parda	Professora	Brasileira	Japeri	Ensino superior completo	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Desempregada	De R\$2.000 à 3.000	4	Cadastro Único
6	22	Amarela	Florista	Brasileira	Queimados	Ensino fundamental completo	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Autônoma	Menos de R\$1.000	3	Programa Brasil Carinhoso
7	25	Parda	Técnica em enfermagem	Brasileira	Paracambi	Ensino médio completo	Solteira	Não binário	Heterossexual	Desempregada	De R\$2.000 à 3.000	6	Cadastro Único

Quadro 3 - Dados sociodemográficos das participantes (conclusão)

8	31	Parda	Missionária	Brasileira	Seropédica	Ensino médio completo	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Autônoma	De R\$2.000 à 3.000	2	Benefício Emergencial
9	24	Parda	Do lar	Brasileira	Nova Iguaçu	Ensino médio completo	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Autônoma	De R\$2.000 à 3.000	3	Cadastro Único
10	24	Branca	Do lar	Brasileira	Paracambi	Ensino médio completo	Casada / União estável	Não binário	Heterossexual	Desempregada	Menos de R\$1.000	3	Benefício Emergencial
11	34	Branca	Do lar	Brasileira	Japeri	Ensino fundamental incompleto	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Desempregada	De R\$2.000 à 3.000	4	Bolsa Família
12	27	Parda	Do lar	Brasileira	Japeri	Ensino médio completo	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Autônoma	Menos de R\$1.000	3	Benefício Emergencial
14	28	Parda	Gestora de recursos humanos	Brasileira	Paracambi	Ensino superior completo	Casada / União estável	Não binário	Heterossexual	Empregada com carteira assinada	De R\$2.000 à 3.000	3	Cadastro Único
14	29	Parda	Designer de sobancelhas e Depiladora	Brasileira	Seropédica	Ensino médio completo	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Autônoma	De R\$ 3.000 à 4.000	4	Cadastro Único
15	27	Parda	Sem ocupação	Brasileira	Japeri	Ensino médio completo	Casada / União estável	Cisgênero	Heterossexual	Desempregada	Menos de R\$1.000	3	Cadastro Único

APÊNDICE G - Dados obstétricos das participantes

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continua)

Participante	Número de gestações	Quantitativo de partos normais	Quantitativo de cesarianas	Quantitativo de abortos	Local do pré-natal	Quantitativo de consultas	Profissional que acompanhou	Recebeu informações sobre trabalho de parto e parto durante o pré-natal?	Quem forneceu essas informações?	Qual foi o local do seu parto mais recente?
1	1	1	0	0	SUS	Menos de 6 consultas	Médico (a)	Não	_____	Hospital/Maternidade SUS
2	2	2	0	0	SUS	Mais de 6 consultas	Ambos	Sim	Enfermeira	Hospital/Maternidade
3	2	2	0	0	SUS	Mais de 6 consultas	Enfermeiro (a)	Não	_____	Hospital/Maternidade
4	1	1	0	1	SUS	Mais de 6 consultas	Ambos	Sim	Enfermeira	Hospital/Maternidade
5	2	2	0	0	Ambos	Mais de 6 consultas	Médico (a)	Sim	Médico	Hospital/Maternidade
6	1	1	0	0	Particular	Mais de 6 consultas	Médico (a)	Não	_____	Hospital/Maternidade
7	2	1	1	0	SUS	Mais de 6 consultas	Ambos	Sim	Enfermeira	Hospital/Maternidade
8	1	1	0	0	Ambos	Mais de 6 consultas	Ambos	Não sabe dizer	_____	Hospital/Maternidade
9	1	1	0	0	SUS	Mais de 6 consultas	Ambos	Não	Não sei dizer	Hospital/Maternidade

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continuação)

10	2	2	0	0	Ambos	Mais de 6 consultas	Médico (a)	Não	Não sei dizer	Hospital/Maternidade
11	3	3	0	0	SUS	Mais de 6 consultas	Ambos	Não	_____	Hospital/Maternidade
12	1	1	0	0	SUS	Mais de 6 consultas	Médico (a)	Sim	Médico	Hospital/Maternidade
13	2	1	0	1	Ambos	Menos de 6 consultas	Médico (a)	Não sabe dizer	_____	Hospital/Maternidade
14	2	2	0	0	Particular	Mais de 6 consultas	Ambos	Sim	Médico	Hospital/Maternidade
15	1	1	0	0	SUS	Mais de 6 consultas	Ambos	Não	_____	Hospital/Maternidade

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continuação)

Participante	Você conhecia o local do parto?	Você teve um acompanhante de sua escolha na parturição?	Quem foi seu acompanhante?	Caso não tenha tido um acompanhante, qual foi o motivo?	Você se sentiu acolhida durante seu trabalho de parto e parto?	Você recebeu orientações durante o trabalho de parto e parto?	Você preparou um plano de parto?	Você apresentou seu plano de parto na maternidade ou algum profissional perguntou sobre ele?	Você teve liberdade para se movimentar durante seu trabalho de parto?
1	Sim	Sim	Irmã	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
2	Sim	Sim	Pai do bebê	_____	Não	Sim	Sim	Esqueci de apresentar o plano de parto e ninguém me pediu para entregar.	Sim
3	Não	Sim	Cunhada	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
4	Não	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
5	Sim	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Sim	Não entreguei o plano e ninguém perguntou, mas relatei as minhas vontades e todas foram respeitadas.	Sim
6	Não	Sim	Companheiro	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
7	Sim	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
8	Sim	Não	_____	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
9	Não	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
10	Não	Sim	Sogra	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
11	Não	Sim	Marido	_____	Sim	Não	Não	_____	Sim

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continuação)

12	Sim	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
13	Sim	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
14	Não	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim
15	Sim	Sim	Marido	_____	Sim	Sim	Não	_____	Sim

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continuação)

Participantes	Te orientaram sobre a possibilidade de beber líquidos e se alimentar durante seu trabalho de parto?	Te orientaram sobre os procedimentos realizados em seu corpo antes deles acontecerem?	Para quais procedimentos você recebeu orientações?	Te ofereceram alguma coisa para aliviar a dor, promover conforto e proporcionar bem-estar durante o trabalho de parto e parto?	Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, quais recursos foram oferecidos?
1	Sim	Sim	Ausculata do batimento fetal, Descolamento ou rompimento da bolsa das águas, Mudança de posição na hora do parto	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Massagem, Exercícios respiratórios, Liberdade de movimentos, Liberdade de expressão e vocalização da dor, Posição quatro apoios
2	Não	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal, Sutura de lacerações	Sim	Participação do acompanhante, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Bola suíça, Massagem, Penumbra, Exercícios respiratórios, Liberdade de movimentos, Privacidade, Óleos essenciais, Música, Liberdade de expressão e vocalização da dor, Posição vertical
3	Sim	Sim	Mudança de posição na hora do parto	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Banqueta, Massagem, Exercícios respiratórios, Exercícios de movimentação da pelve, Liberdade de movimentos, Óleos essenciais, Música, Liberdade de expressão e vocalização da dor, Posição vertical, Posição quatro apoios, Posição Cócoras

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continuação)

4	Sim	Sim	Toque vaginal, Mudança de posição na hora do parto	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Cavalinho, Exercícios respiratórios, Caminhadas, Liberdade de movimentos, Música
5	Não	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Liberdade de movimentos, Liberdade de expressão e vocalização da dor
6	Sim	Sim	Toque vaginal, Mudança de posição na hora do parto, Sutura de lacerações	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Massagem, Exercícios respiratórios, Exercícios de movimentação da pelve, Caminhadas, Liberdade de movimentos, Óleos essenciais, Música, Liberdade de expressão e vocalização da dor, Posição quatro apoios
7	Sim	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal	Não	_____
8	Não	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal, Infusão de ocitocina, Sutura de lacerações	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Bola suíça, Banqueta, Massagem, Exercícios respiratórios, Liberdade de movimentos, Privacidade, Liberdade de expressão e vocalização da dor

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continuação)

9	Sim	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Bola suíça, Exercícios respiratórios
10	Não	Sim	Toque vaginal, Infusão de ocitocina, Sutura de lacerações	Não	_____
11	Não	Sim	Toque vaginal, Descolamento ou rompimento da bolsa das águas	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Bola suíça, Exercícios respiratórios, Caminhadas, Liberdade de movimentos, Privacidade
12	Sim	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal	Sim	Participação do acompanhante, Banho morno no chuveiro, Bola suíça, Música
13	Sim	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal, Infusão de ocitocina, Descolamento ou rompimento da bolsa das águas, Mudança de posição na hora do parto, Sutura de lacerações	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Cavalinho, Banqueta, Massagem, Exercícios respiratórios, Caminhadas, Liberdade de movimentos, Privacidade, Música, Liberdade de expressão e vocalização da dor, Posição quatro apoios, Posição Cócoras
14	Sim	Sim	Ausculata do batimento fetal, Toque vaginal, Mudança de posição na hora do parto, Sutura de lacerações	Sim	Participação do acompanhante, Apoio emocional, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Bola suíça, Banqueta, Massagem, Liberdade de movimentos, Música, Liberdade de expressão e vocalização da dor, Posição vertical, Posição quatro apoios, Posição Cócoras

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (continuação)

15	Sim	Sim	Ausculda do batimento fetal, Toque vaginal	Sim	Participação do acompanhante, Banho morno no chuveiro, Banho morno na banheira, Bola suíça, Banqueta, Exercícios respiratórios, Exercícios de movimentação da pelve, Caminhadas
----	-----	-----	--	-----	---

Quadro 4 - Dados obstétricos das participantes (conclusão)

Participantes	Você recebeu informações sobre os benefícios dos recursos ofertados?	Em que posição você pariu?	Você escolheu essa posição na hora do seu parto?	Marque as situações indesejadas que você vivenciou durante seu trabalho de parto e parto:	Se você marcou outra situação na pergunta anterior, escreva qual.
1	Sim	De quatro na cama (quatro apoios)	Não	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
2	Sim	Meio sentada (semi-vertical)	Não	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
3	Sim	De quatro na cama (quatro apoios)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
4	Não lembro	Sentada (Banqueta ou banquinho)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
5	Não	Deitada (Horizontal)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
6	Sim	Deitada (Horizontal)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
7	Não lembro	Deitada (Horizontal)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
8	Não lembro	Deitada (Horizontal)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
9	Sim	Deitada (Horizontal)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
10	Não	Meio sentada (semi-vertical)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
11	Sim	Deitada (Horizontal)	Não	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
12	Sim	Deitada (Horizontal)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
13	Sim	Sentada (Banqueta ou banquinho)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
14	Sim	Sentada (Banqueta ou banquinho)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____
15	Não lembro	Deitada (Horizontal)	Sim	Não vivenciei nenhuma situação desse tipo	_____

ANEXO - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTONOMIA FEMININA NA PARTURIÇÃO: UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA
DAS TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Raquel Pinheiro da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56589522.2.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.299.638

Apresentação do Projeto:

Cuidados dignos, seguros e respeitosos na assistência ao parto é um direito humano universal das mulheres. No entanto, muitas encontram dificuldades para exercer sua autonomia, expressar seus desejos e participar dos processos decisórios sobre os cuidados na parturição, pois alguns profissionais de saúde exercem um poder sobre as mulheres acreditando que detêm os saberes necessários para decidir sobre as opções de cuidado mais apropriadas. Por outro lado, há profissionais que promovem a autonomia feminina, como é o caso das enfermeiras obstétricas que, a partir das tecnologias não invasivas de cuidado, manifestam atitudes e desenvolvem ações baseadas na concepção de desmedicalização da assistência à saúde e no respeito aos direitos humanos das mulheres. A despeito disso, há de se considerar que, na prática cotidiana nos serviços de saúde, o acesso e a oferta dessas tecnologias não implicam, necessariamente, no exercício livre da vontade, da autodeterminação e da autonomia das mulheres na parturição. Neste sentido, tem-se como objetivos: descrever as percepções das mulheres sobre sua autonomia na parturição; discutir os processos decisórios da mulher relacionados ao uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem na parturição; analisar a autonomia feminina na parturição a partir do uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem à luz da bioética feminista. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem mista, com mulheres que foram assistidas por enfermeiras obstétricas durante a parturição em instituições públicas do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.299.638

A coleta de dados será através de entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos serão submetidos à estatística descritiva simples e os qualitativos à análise temática de conteúdo, com a discussão amparada pelas concepções teóricas da bioética feminista. A presente pesquisa se faz relevante, visto que as percepções das mulheres acerca de sua autonomia e autodeterminação na relação com as enfermeiras obstétricas durante a parturição revelará o quanto a utilização das TNICE efetivamente propicia o exercício dos direitos humanos, especialmente dos direitos femininos no parto. Ademais, sua realização oferecerá subsídios para a qualificação da assistência das enfermeiras obstétricas, pois seus resultados podem incitar uma auto reflexão sobre suas atitudes e posturas bioéticas na relação de cuidados com às parturientes e no uso da TNICE.

As participantes desta pesquisa serão mulheres que foram assistidas por enfermeiras obstétricas durante o processo de parturição no estado do Rio de Janeiro. Como critérios de inclusão, serão adotados: ter parido em serviços públicos de atenção ao parto; possuir até 30 dias de pós-parto. Serão excluídas aquelas com idade igual ou inferior a 18 anos.

Como técnica de coleta de dados este estudo utilizará a entrevista individual, semiestruturada, que será realizada virtualmente por questões de segurança sanitária frente ao contexto pandêmico. O processo de captação das participantes acontecerá por meio da técnica de Bola de Neve, na qual um indivíduo com o perfil adequado para a pesquisa será selecionado pelo pesquisador para ser o primeiro entrevistado, denominado de

semente. À semente é solicitada a indicação de outras pessoas potenciais para participarem do estudo, as quais irão apontar novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente até que a amostragem torna-se saturada, ou seja, não haja novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados acrescentem informações novas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as percepções das mulheres sobre sua autonomia na parturição; Discutir os processos decisórios da mulher relacionados ao uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem na parturição; Analisar a autonomia feminina na parturição a partir do uso das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem à luz da bioética feminista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da participação na pesquisa, ainda que mínimos, são sofrimentos emocionais pela recordação das vivências, mas a sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.299.638

Benefícios:

A presente pesquisa se faz relevante, visto que as percepções das mulheres acerca de sua autonomia e autodeterminação na relação com as enfermeiras obstétricas durante a parturição revelará o quanto a utilização das TNICE efetivamente propicia o exercício dos direitos humanos, especialmente dos direitos femininos no parto. Ademais, sua realização oferecerá subsídios para a qualificação da assistência das enfermeiras obstétricas, pois seus resultados podem incitar uma auto reflexão sobre suas atitudes e posturas bioéticas na relação de cuidados com às parturientes e no uso da TNICE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem descrito e os documentos anexados à submissão possibilitaram a análise ética da pesquisa. Diante da documentação apresentada, que possibilitaram a análise ética, o projeto está aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de rosto está devidamente preenchida e assinada.

O TCLE contempla todos os itens essenciais das Normas 466 e 510 e apresentou os riscos da pesquisa e que a entrevista será gravada.

Foi apresentado o orçamento.

O cronograma está adequado.

O instrumento de coleta de dados não apresenta riscos éticos para os participantes.

Foi apresentada carta de pedido de dispensa de Termo de Autorização Institucional.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação deste projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2023. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

**UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;**



Continuação do Parecer: 5.299.638

qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1903143.pdf	28/02/2022 10:29:39		Aceito
Outros	Justificativa_TAI.pdf	28/02/2022 10:28:48	Raquel Pinheiro da Silva	Aceito
Outros	instrumento_coleta_dados.pdf	28/02/2022 10:00:29	Raquel Pinheiro da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/02/2022 09:50:54	Raquel Pinheiro da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/02/2022 09:50:41	Raquel Pinheiro da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	28/02/2022 09:50:19	Raquel Pinheiro da Silva	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	28/02/2022 09:50:05	Raquel Pinheiro da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/02/2022 09:49:38	Raquel Pinheiro da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.299.638

RIO DE JANEIRO, 18 de Março de 2022

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br