

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS – UNIGOIÁS
SUPERVISÃO DA ÁREA DE PESQUISA CIENTÍFICA – SAPC
CURSO DE ENFERMAGEM

**DECISÃO COMPARTILHADA DURANTE O TRABALHO DE PARTO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A REDUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.**

EMILLY DE JESUS MELO
ORIENTADOR/PROFESSOR: Dra. JULYANA BAHIA

GOIÂNIA – GOIÁS
Junho/2026

DECISÃO COMPARTILHADA DURANTE O TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUIÇÕES PARA A REDUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

Emilly de Jesus Melo
Orientadora: Dra. Julyana Bahia

Resumo: O presente estudo aborda a tomada de decisão compartilhada no contexto da assistência ao pré-natal e ao parto, considerando os desafios relacionados à autonomia da gestante e à persistência de práticas intervencionistas. A assistência obstétrica no Brasil ainda apresenta desafios relacionados à autonomia da gestante e à ocorrência de práticas que configuram violência obstétrica. Nesse cenário, a tomada de decisão compartilhada surge como uma estratégia fundamental para promover um cuidado centrado na mulher, baseado no diálogo, no respeito e na valorização de suas escolhas. Trata-se de uma revisão de literatura, de abordagem qualitativa, realizada por meio da análise de artigos científicos disponíveis em bases de dados como PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados entre os anos de 2021 e 2026. Com isso, o estudo tem como objetivo analisar as contribuições da tomada de decisão compartilhada na prática do enfermeiro, visando à promoção de uma assistência mais humanizada e centrada na mulher. Os resultados evidenciam que a participação ativa da gestante nas decisões contribui para maior satisfação com o parto, fortalecimento do vínculo com os profissionais de saúde e redução de intervenções desnecessárias. No entanto, fatores estruturais, culturais e organizacionais ainda dificultam a efetivação dessa prática no cotidiano assistencial. Destaca-se o papel do enfermeiro na promoção da tomada de decisão compartilhada, por meio de estratégias como educação em saúde, escuta ativa e incentivo à elaboração do plano de parto. Conclui-se que a tomada de decisão compartilhada constitui uma ferramenta essencial para a humanização da assistência, sendo indispensável para a prevenção da violência obstétrica e para a construção de um cuidado mais ético, respeitoso e centrado na mulher.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Educação Pré-Natal. Gestantes. Tomada de Decisão Compartilhada. Cuidado Pré-Natal.

SHARED DECISION-MAKING DURING LABOR: CONTRIBUTIONS TO THE REDUCTION OF OBSTETRIC VIOLENCE.

Abstract: This study addresses shared decision-making in the context of prenatal and childbirth care, considering the challenges related to the pregnant woman's autonomy and the persistence of interventionist practices. Obstetric care in Brazil still presents challenges related to the pregnant woman's autonomy and the occurrence of practices that constitute obstetric violence. In this scenario, shared decision-making emerges as a fundamental strategy to promote woman-centered care, based on dialogue, respect, and the valuing of her choices. This is a literature review, with a qualitative approach, carried out through the analysis of scientific articles available in databases such as

PubMed and the Virtual Health Library (VHL), published between 2021 and 2026. Therefore, the study aims to analyze the contributions of shared decision-making in nursing practice, aiming at promoting more humanized and woman-centered care. The results show that the active participation of the pregnant woman in decisions contributes to greater satisfaction with childbirth, strengthening the bond with health professionals, and reducing unnecessary interventions. However, structural, cultural, and organizational factors still hinder the effective implementation of this practice in daily care. The role of the nurse in promoting shared decision-making is highlighted, through strategies such as health education, active listening, and encouragement of the development of a birth plan. It is concluded that shared decision-making constitutes an essential tool for the humanization of care, being indispensable for the prevention of obstetric violence and for the construction of more ethical, respectful, and woman-centered care.

Keywords: Obstetric Violence. Prenatal Education. Pregnant People. Shared Decision-Making. Prenatal Care.

1. INTRODUÇÃO

A violência obstétrica pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão praticada por profissionais de saúde durante o pré-natal, parto ou pós-parto que resulte em desrespeito, abuso, negligência ou realização de intervenções sem indicação clínica ou sem o consentimento da mulher, comprometendo sua autonomia e protagonismo. Esse tipo de violência pode se manifestar de diferentes formas, incluindo condutas físicas, verbais, psicológicas e institucionais, refletindo um modelo assistencial ainda centrado no profissional e não nas necessidades da gestante (López-Toribio *et al.*, 2022; White *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a tomada de decisão compartilhada surge como uma estratégia fundamental para a prevenção da violência obstétrica, uma vez que promove o diálogo entre profissional e gestante, o acesso à informação qualificada e o respeito às escolhas da mulher. Ao favorecer a participação ativa da gestante no processo de cuidado, essa abordagem contribui para a redução de intervenções desnecessárias e para a construção de uma assistência mais segura, ética e centrada na mulher (Nguyen *et al.*, 2021; Shareef *et al.*, 2023).

Historicamente, a medicina em geral, e especialmente nesse cenário obstétrico, a assistência ao parto era um processo de hierarquia, onde apenas médicos e profissionais da saúde tomavam decisões, e a parturiente ocupava uma posição passiva, ficando em uma situação de vulnerabilidade, e muitas vezes, sem saber o que estava acontecendo com o seu corpo. Isso contribuiu para que a mulher perdesse cada vez mais a autonomia sobre seu corpo, tornando o parto um evento cada vez mais desumanizado. (Baumont *et al.*, 2021; Shovlin-Bankole *et al.*, 2022).

Entretanto, o processo gravídico-puerperal vem passando por mudanças constantes nas últimas décadas. Embora o avanço das tecnologias e o acesso às informações estejam mais acessíveis, contribuindo assim para a redução da morbidade materno-infantil em nível global e nacional, ainda verifica-se uma crescente banalização do processo de nascer, em grande parte marcada por intervenções desnecessárias e pela redução da autonomia da mulher. (Leal *et al.*, 2014).

Entretanto, a mortalidade materna ainda representa um importante problema de saúde pública: de acordo com a OMS, estima que, em 2023, aproximadamente 260 mil mulheres morreram em decorrência de causas relacionadas à gestação e ao parto no mundo, o que corresponde a mais de 700 mortes por dia, sendo a maioria evitável (OMS, 2023).

No contexto brasileiro, apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde, persistem desafios relacionados à humanização do cuidado e ao respeito às escolhas da gestante. Nesse contexto, incluir a gestante no processo de tomada de decisão não é apenas uma estratégia técnica, mas uma mudança no modo de cuidar. A Lei Distrital 7.461/2024 estabelece as diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica no Distrito Federal, garantindo às gestantes um parto digno e seguro. Quando a mulher é ouvida, informada e respeitada em suas escolhas, ela deixa de ocupar um papel passivo e passa a ser protagonista do seu próprio parto (White *et al.*, 2021; López-Toribio *et al.*, 2022).

No Brasil, embora tenha ocorrido redução recente, a razão de mortalidade materna ainda se mantém elevada, com cerca de 67 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, esse trabalho visa apontar as principais contribuições para a prática da decisão compartilhada e da voz ativa da mulher durante sua gestação e parto. Pois, apesar da ampliação das políticas voltadas à humanização do parto, ainda observamos muitas decisões tomadas por parte unilateral em relação à parturiente e a falta de comunicação eficaz, favorecendo uma experiência negativa para essa mulher, traumas e desfechos insatisfatórios (Silva *et al.*, 2023; López-Toribio *et al.*, 2022; White *et al.*, 2021).

A decisão compartilhada anda junto com a prática da humanização em todas as áreas da enfermagem, mas, de modo especial, na obstetrícia, ela tem o papel de promover uma participação ativa da parturiente nas escolhas relacionadas ao seu corpo durante o processo gravídico e o trabalho de parto, baseada em troca de informações de forma clara e direta, evidências científicas e respeito aos valores e preferências da gestante. Nesse contexto, a decisão compartilhada é uma abordagem que favorece a autonomia da mulher, contribui para a construção de vínculo entre profissional e paciente e pode reduzir intervenções desnecessárias, como episiotomia e ocitocina sem real indicação (Hawke *et al.*, 2022; Chervenak & McCullough, 2021; Whybrow *et al.*, 2022).

Durante o pré-natal, a decisão compartilhada contribui para as escolhas conscientes sobre métodos de cuidados, para discutir o local de parto, via de parto, manejos para alívio da dor e até mesmo intervenções, caso necessário. Tendo em vista que gestantes bem informadas tomam decisões sábias, evitam conflitos desnecessários e ficam mais confiantes em suas escolhas. Além disso, essa abertura para o diálogo permite que a gestante amplie seus conhecimentos e gera um ambiente

de acolhimento, onde ela se sente segura para expressar seus desejos e preferências (Peralta *et al.*, 2022; Ouyaba *et al.*, 2021; White *et al.*, 2021).

Outras pesquisas sugerem que o diálogo claro, efetivo e baseado em evidências científicas favorece a tomada de decisão consciente, com informações e visando à individualidade de cada pessoa. Nesse sentido, práticas que auxiliam na tomada de decisões, como o plano de parto, acesso às informações claras e aconselhamentos, são ferramentas que facilitam o protagonismo da mulher durante o pré-natal e o parto, fortalecendo assim a tomada de decisão compartilhada no cuidado obstétrico. (Nguyen *et al.*, 2021; López-Gimeno *et al.*, 2022; Shareef *et al.*, 2023; Whybrow *et al.*, 2022).

Com esse cenário, fica indiscutível a importância da tomada de decisão compartilhada no contexto obstétrico, promovendo uma assistência de alta qualidade, centrada na mulher e no respeito à mesma. E diante do exposto, levanto a seguinte questão norteadora: **Quais as contribuições da tomada de decisão compartilhada na prática do enfermeiro durante a assistência ao pré-natal e ao parto?** O presente estudo tem como objetivo identificar as contribuições da tomada de decisão compartilhada na prática do enfermeiro para a prevenção da violência obstétrica durante o pré-natal e o parto. Nesse sentido, buscamos detectar as barreiras estruturais, organizacionais e culturais que dificultam o processo de tomada de decisão compartilhada na assistência ao pré-natal e ao parto; investigar as estratégias de atuação do enfermeiro que podem favorecer a autonomia da gestante na escolha sobre seus cuidados e sobre o processo de parto; apontar ações de enfermagem que podem ser implementadas para a humanização da assistência ao parto e para a prevenção da violência obstétrica (White *et al.*, 2021; López-Toribio *et al.*, 2022).

2. METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de um estudo de revisão de escopo, cujo período de busca dos artigos selecionados foi definido entre os anos de 2021 e 2026, com amplas pesquisas nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e National Institutes of Health - PubMed, sendo utilizadas as bases *Retrieval System Online* - MEDLINE e Informação Científica e Técnica em Saúde da América Latina e Caribe - LILACS.

A busca foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2026, adotando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (Decs): em inglês: "*Prenatal Care*", "*pregnant people*", "*Decision Making, Shared*", sendo que para o agrupamento dos descritores e suas combinações foi adotado o operador booleano AND.

Nessa busca, foram encontrados 89 artigos; adotaram-se os critérios dos últimos cinco anos e de estudos completos publicados em português e inglês. A partir da leitura prévia do resumo dos estudos, 2 foram excluídos por duplicidade, e 74 foram excluídos por não responderem notadamente à pergunta norteadora ou por serem de acesso restrito. Seguidamente, os resultados foram registrados em um fluxograma, conforme representado na Figura 1, onde se registraram os principais achados dos estudos utilizados nesta busca.

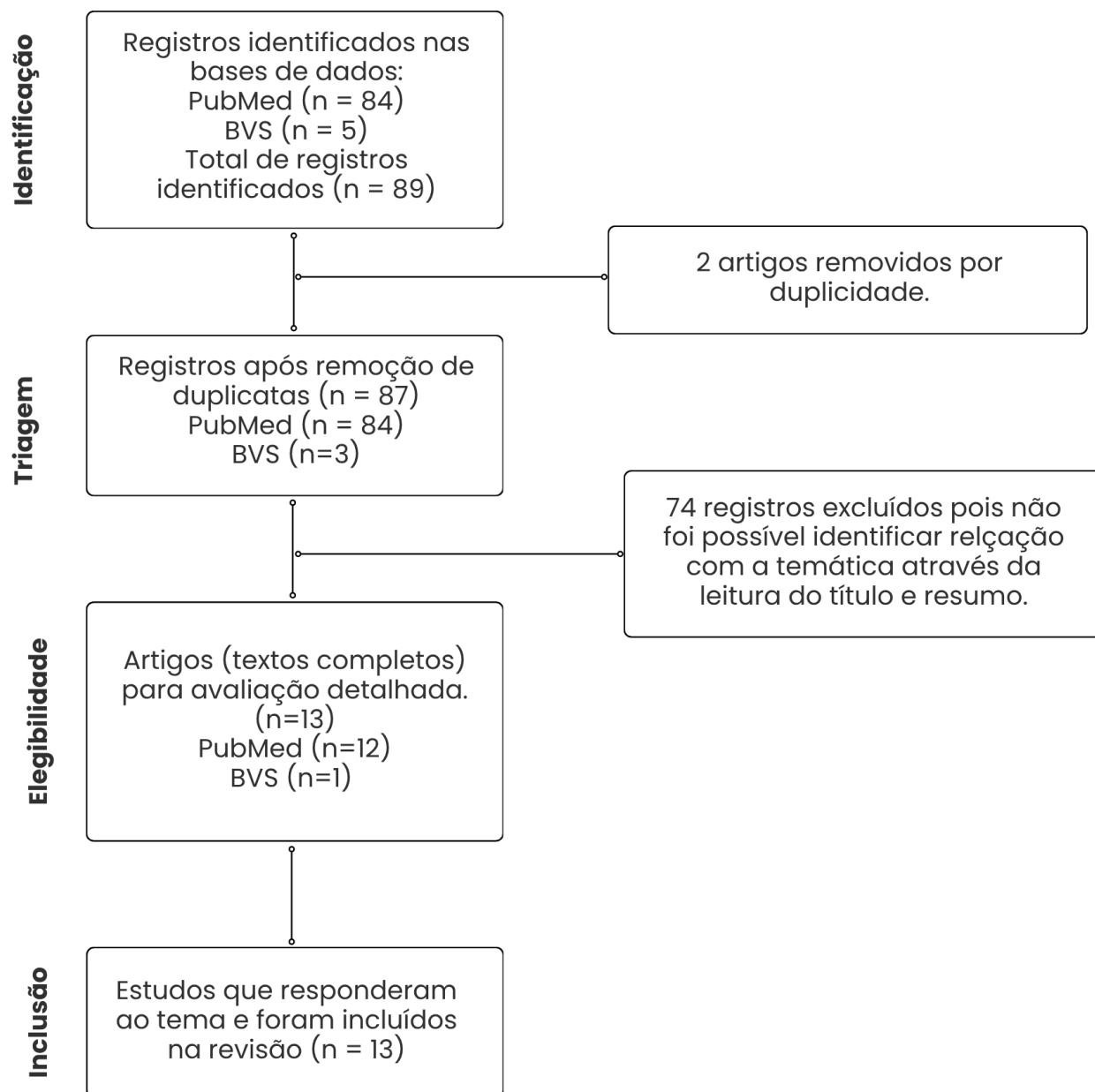


FIGURA 1 - FLUXOGRAMA COM REGISTRO DAS ETAPAS DE BUSCA, 2026.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados treze artigos selecionados conforme critérios de inclusão predefinidos para a construção do estudo. Assim, o quadro 1 apresenta a síntese dos artigos localizados na Biblioteca Virtual em Saúde BVS e PubMed. Observou-se predominância de estudos de revisão e qualitativos, evidenciando que a temática da tomada de decisão compartilhada na assistência obstétrica ainda é amplamente explorada sob perspectivas teóricas e experienciadas, com menor número de estudos experimentais. Os artigos selecionados tiveram suas publicações entre os anos de 2021 e 2026, em que nove deles foram realizados por meio do estudo de revisões, cinco foram estudos qualitativos, dois de ensaio clínico e um estudo de melhoria da qualidade, com abordagem qualitativa.

Quadro 1 - Levantamento de artigos.

Base de Dados	Título	Autores / Ano de Publicação	Objetivo	Principais Resultados
MEDLINE, Cochrane DSR e CENTRAL, CINAHL e EMBASE.	<i>A scoping review of decision aids for pregnant women around childbirth: Do they improve decision quality, processes, and outcomes?</i>	Nguyen, et al., 2025	Mapear estudos quantitativos que avaliam os efeitos de ferramentas de apoio à decisão para mulheres que precisam tomar decisões relacionadas ao parto.	Foram incluídos 28 estudos (11 revisões e 17 primários). A maioria envolveu gestantes de alto risco e mostrou que as ferramentas de apoio à decisão melhoraram a qualidade da decisão e do processo decisório, com efeitos mais positivos quando associadas a outros componentes e à discussão com profissionais de saúde.
PubMed	<i>Maternity clinician use of shared decision-making in antenatal care: A scoping review.</i>	Hawke, et al., 2023	Avaliar o que se sabe sobre a tomada de decisão compartilhada no cuidado pré-natal.	Foram identificadas quatro áreas de tomada de decisão, com seis temas que revelaram facilitadores e barreiras à tomada de decisão compartilhada no cuidado pré-natal.

PubMed	<i>Pregnant women autonomy when choosing their method of childbirth: Scoping review.</i>	Silva, et al.,2024	Analisar estudos sobre a autonomia da gestante na escolha da via de parto, identificar evidências na literatura e incluir 15 artigos para análise narrativa após buscas em cinco bases de dados.	Os achados mostram que a autonomia da mulher é fortemente influenciada pelas recomendações dos profissionais de saúde. Obstetras tendem a indicar mais cesarianas, enquanto parteiras incentivam o parto vaginal com maior detalhamento de riscos e benefícios. O estudo reforça a importância de informações claras e respeito à decisão da gestante.
PubMed	<i>Impact of shared decision-making on women's childbirth preferences: A cluster randomised controlled trial.</i>	López-Gimeno, et al.,2024	Comparar o aconselhamento pré-natal baseado na tomada de decisão compartilhada com o aconselhamento padrão, por meio de um ensaio clínico randomizado por clusters, e avaliar se a intervenção modifica as preferências das gestantes em relação ao plano de parto.	As mulheres que receberam aconselhamento com tomada de decisão compartilhada apresentaram mais mudanças nas preferências do plano de parto em comparação ao grupo controle. A intervenção mostrou impacto positivo na forma como as gestantes definiram suas escolhas para o parto.
PubMed	<i>Uncharted territory: a narrative review of parental involvement in decision-making about late</i>	Mielewczyk, et al.,2023	Analisar estudos sobre o envolvimento dos pais nas decisões relacionadas ao parto pré-termo tardio e termo inicial, a partir de buscas em bases de dados da área da saúde.	Os achados indicam que muitas mães desejam participar das decisões, porém nem sempre se sentem incluídas. A opinião dos profissionais de saúde exerce forte influência nas escolhas, evidenciando a necessidade de melhorar a comunicação e o

	<i>preterm and early term delivery.</i>			equilíbrio na tomada de decisão.
PubMed	<i>The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review.</i>	Shareef, et al.,2023	Analisar estudos sobre o papel dos planos de parto na tomada de decisão compartilhada na assistência ao parto, identificar evidências em bases de dados da área da saúde e sintetizar informações sobre o uso dos planos de parto como ferramenta de apoio à participação das gestantes nas decisões sobre o nascimento.	Os resultados mostraram que os planos de parto podem facilitar a tomada de decisão compartilhada, promovendo autonomia e sensação de controle das mulheres. Identificaram-se temas como confiança na equipe de saúde e profissionalismo, com parteiras sendo os profissionais que mais frequentemente usam o plano de parto para explorar escolhas com as gestantes. A forma como profissionais e mulheres interagem e utilizam o plano influencia diretamente o processo decisório.
PubMed	<i>Every Mother Counts: listening to mothers to transform maternity care.</i>	Baumont, et al.,2023	Discutir a importância de ouvir as experiências de mães e pessoas que deram à luz para transformar a atenção materna, destacando documentos de direitos humanos e a promoção de cuidados respeitosos e baseados em evidências.	O artigo destaca que, apesar do reconhecimento global dos direitos à saúde materna e ao cuidado respeitoso, muitas mulheres ainda vivenciam desrespeito e maus-tratos no parto. A narrativa enfatiza que ouvir mães por meio de relatos e pesquisas pode promover práticas de cuidado mais dignas, equitativas e centradas nas necessidades das gestantes.

PubMed	<i>Effectiveness of birth plan counselling based on shared decision making: A cluster randomized controlled trial (APLANT).</i>	López-Gimeno, et al.,2022	Comparar o aconselhamento sobre plano de parto baseado na tomada de decisão compartilhada com o aconselhamento padrão oferecido no pré-natal, por meio de ensaio clínico randomizado por clusters.	A intervenção com tomada de decisão compartilhada não aumentou a apresentação do plano de parto na maternidade nem a satisfação geral com o parto, mas foi associada a menor uso de analgesia epidural, maior uso combinado de métodos de alívio da dor e mais tentativas de amamentação imediata no quarto de parto.
PubMed	<i>Active or passive guidance? Decision-making in fetal health consultation.</i>	Wolfe e Carter., 2022	Analisar como o tipo de orientação (ativa ou passiva) durante consultas de saúde fetal influencia a tomada de decisão dos pais, a partir da revisão de estudos e discussão de aspectos éticos e comunicacionais.	Os autores observaram que há poucos dados sobre como a maneira de orientar (recomendar ativamente uma opção versus fornecer informações neutras) afeta a tomada de decisão dos pais. Eles sugerem que orientação ativa ou passiva pode moldar a deliberação moral dos pais de maneiras distintas, e que essa é uma área que necessita de mais pesquisa.

PubMed	<i>Professionally Responsible Counseling About Fetal Analysis</i>	Chervenak e McCullough.,2021	Discutir princípios éticos e orientações clínicas para o aconselhamento de gestantes sobre análise fetal, abordando a integração de aspectos éticos no processo de comunicação e tomada de decisão.	Os autores destacam que o aconselhamento sobre análise fetal deve ser guiado por princípios éticos que respeitem a autonomia da mulher, fornecendo informações claras sobre riscos, benefícios e opções, e garantindo que ela seja a tomadora final da decisão em contextos de risco ou intervenção materno fetal.
PubMed	<i>How to Make the Hospital an Option Again: Midwives' and Obstetricians' Experiences with a Designated Clinic for Women Who Request Different Care than Recommended in the Guidelines.</i>	Opdam, et al.,2021	Analisar percepções de parteiras e obstetras sobre o cuidado a gestantes que solicitam condutas diferentes das diretrizes, por meio de entrevistas qualitativas aprofundadas.	Os profissionais relataram que construir confiança, manter comunicação empática e garantir continuidade do cuidado foi essencial para respeitar a autonomia das mulheres que optam por planos de cuidado fora das recomendações padrão.
PubMed	<i>Exploring women's experien</i>	López-Toribio, et al.,2021	Analisar as experiências de mulheres na participação da tomada de decisão	As participantes relataram baixa participação em decisões durante o parto, falta de

	<i>ces of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain.</i>		compartilhada durante o trabalho de parto, por meio de estudo qualitativo exploratório com grupos focais.	informação adequada dos profissionais de saúde e perceberam o plano de parto como pouco útil, já que não era utilizado na prática clínica.
MEDLINE / bvs	<i>Women's perspectives of decision-making for labour and birth: a qualitative antenatal-postnatal paired interview study.</i>	White, et al.,2025	Compreender percepções de gestantes sobre a tomada de decisão no trabalho de parto e nascimento, por meio de entrevistas realizadas durante a gestação e após o parto, com análise temática.	As mulheres relataram que a tomada de decisão no parto é dinâmica e fortemente influenciada pela informação recebida e pelos profissionais de saúde. Também destacaram a necessidade de informações claras, personalizadas e fornecidas com tempo adequado para apoiar decisões informadas.

3.1 BARREIRAS ESTRUTURAIS, ORGANIZACIONAIS E CULTURAIS QUE DIFICULTAM O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

A tomada de decisão compartilhada (TDC) tem sido reconhecida como uma importante estratégia para qualificar a assistência obstétrica, promovendo maior participação da gestante nas escolhas relacionadas ao pré-natal, trabalho de parto e nascimento. Entretanto, apesar dos avanços nas discussões sobre humanização da assistência e autonomia feminina, a implementação da TDC ainda enfrenta importantes desafios no contexto dos serviços de saúde. Os estudos analisados demonstram que fatores estruturais, organizacionais e culturais interferem diretamente na efetivação dessa prática, limitando a participação ativa da mulher e favorecendo a manutenção de um modelo assistencial centrado no profissional de saúde.(Hawke *et al.*, 2022; Chervernak; Mccullough, 2021).

As barreiras estruturais aparecem de forma recorrente na literatura como fatores que comprometem a qualidade da assistência e dificultam a construção de um cuidado participativo. Entre os principais aspectos identificados, destaca-se a sobrecarga dos serviços de saúde, associada à elevada demanda de atendimentos obstétricos e à insuficiência de profissionais capacitados para atender às necessidades das gestantes de maneira individualizada. Esse cenário resulta em atendimentos rápidos, fragmentados e voltados prioritariamente para a resolução imediata de demandas clínicas, reduzindo o espaço para o diálogo e para a construção conjunta das decisões (Hawke *et al.*, 2022).

O estudo de Hawke *et al.* (2022) apontam que o tempo limitado destinado às consultas de pré natal, representa uma das principais dificuldades para a implementação da TDC, uma vez que impede discussões aprofundadas sobre as opções de cuidado, riscos, benefícios e preferências da gestante. A limitação do tempo de consulta interfere diretamente na qualidade da comunicação entre profissional e paciente, dificultando o esclarecimento de dúvidas e comprometendo a compreensão da mulher acerca das informações recebidas. Consequentemente, muitas decisões relacionadas ao parto acabam sendo tomadas de maneira unilateral pelos profissionais, sem a participação efetiva da gestante (Hawke *et al.*, 2022).

Além da limitação de tempo, a insuficiência de recursos físicos e humanos também interfere negativamente na assistência. Ambientes inadequados, falta de privacidade durante os atendimentos e ausência de espaços apropriados para acolhimento e escuta dificultam o estabelecimento de vínculo entre profissional e

gestante. Sabe-se que a construção da TDC exige um ambiente que favoreça a comunicação e a confiança, porém, em muitos serviços obstétricos, as condições estruturais são insuficientes para garantir uma assistência centrada na mulher (Hawke *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se à desigualdade no acesso à informação e aos serviços de saúde. Gestantes em situação de vulnerabilidade social frequentemente possuem menor acesso a orientações qualificadas durante o pré-natal, o que reduz sua capacidade de participação no processo decisório. A baixa escolaridade e as dificuldades de compreensão das informações em saúde também são apontadas como fatores que interferem na autonomia da mulher, especialmente quando os profissionais utilizam linguagem excessivamente técnica ou pouco acessível (White *et al.*, 2021).

No âmbito organizacional, observa-se que a própria estrutura dos serviços de saúde favorece a manutenção de práticas verticalizadas e pouco participativas. A fragmentação da assistência obstétrica constitui uma das principais barreiras identificadas nos estudos analisados. Muitas gestantes realizam o pré-natal com um profissional e são assistidas no parto por equipes diferentes, sem continuidade do cuidado. Essa descontinuidade dificulta o estabelecimento de vínculo e confiança, elementos fundamentais para o desenvolvimento da tomada de decisão compartilhada no momento do parto (Hawke *et al.*, 2022).

A ausência de continuidade assistencial compromete a individualização do cuidado e reduz a possibilidade de construção de um plano terapêutico alinhado às necessidades e preferências da mulher. Nesse contexto, as decisões relacionadas ao parto frequentemente são tomadas de maneira imediatista, sem considerar as discussões previamente realizadas durante o pré-natal (Mielewczyk *et al.*, 2021).

Além disso, a inexistência de protocolos institucionais voltados para a promoção da TDC faz com que sua aplicação dependa, na maioria das vezes, da iniciativa individual do profissional. Muitos serviços ainda não possuem diretrizes que incentivem a participação ativa da gestante ou que orientem os profissionais sobre estratégias de comunicação compartilhada. Essa ausência de padronização contribui para desigualdades na assistência, fazendo com que algumas mulheres tenham acesso a práticas mais humanizadas, enquanto outras permanecem submetidas a modelos autoritários de cuidado (Chervernak; Mccullough, 2021).

Outro fator organizacional importante refere-se à hierarquização das relações profissionais dentro dos serviços de saúde. Em muitos contextos, a atuação do enfermeiro ainda é limitada pela predominância do modelo médico-hegemônico, reduzindo sua autonomia para desenvolver práticas centradas na mulher. Essa dinâmica interfere diretamente na implementação da TDC, uma vez que o enfermeiro desempenha papel fundamental na educação em saúde, acolhimento e fortalecimento da autonomia da gestante. (Chervernak; Mccullough, 2021; Peralta *et al.*, 2022).

Estudos também apontam que a pressão institucional por produtividade influencia negativamente a qualidade da assistência obstétrica. Serviços com metas excessivas e alta rotatividade de pacientes tendem a priorizar a rapidez dos atendimentos em detrimento da construção de vínculos e da escuta qualificada. Como consequência, a mulher passa a ocupar uma posição secundária no processo de cuidado, sendo frequentemente excluída das decisões relacionadas ao próprio corpo. (Hawke *et al.*, 2022; White *et al.*, 2021).

No contexto cultural, as barreiras relacionadas ao modelo biomédico e às relações de poder estabelecidas historicamente na assistência obstétrica aparecem como elementos centrais nas discussões sobre TDC. Chervenak e McCullough (2021) destacam que o modelo biomédico tradicional ainda exerce forte influência sobre a prática obstétrica, concentrando as decisões nos profissionais de saúde e limitando a participação da gestante.

Esse modelo é sustentado pela ideia de que o profissional detém o conhecimento técnico necessário para decidir o que é melhor para a mulher, reduzindo a valorização de suas experiências, desejos e preferências. Como consequência, muitas gestantes são inseridas em um processo assistencial marcado pela passividade, no qual suas opiniões possuem pouca influência sobre as condutas adotadas. (Chervernak; Mccullough, 2021).

O estudo de Mielewczyk *et al.* (2021) evidencia que muitas mulheres relatam não se sentirem confortáveis para expressar suas vontades ou questionar as decisões dos profissionais durante o trabalho de parto. O receio de sofrer julgamentos, ser mal atendida ou ter suas necessidades ignoradas contribui para o silenciamento feminino dentro dos serviços de saúde. Essa realidade demonstra que a exclusão da mulher do processo decisório não ocorre apenas por limitações estruturais, mas também por fatores culturais profundamente enraizados na assistência obstétrica.

Em muitos contextos, práticas como episiotomia, restrição de movimentação, administração rotineira de ocitocina e cesarianas sem indicação clínica são realizadas sem discussão prévia com a gestante, sendo frequentemente apresentadas como procedimentos necessários ou inevitáveis, isso refere-se ao processo de naturalização das intervenções obstétricas. Essa naturalização reduz a percepção da mulher sobre seu direito de escolha e dificulta a construção de uma assistência baseada na autonomia e no consentimento informado (López-Toribio *et al.*, 2022; Chervenak; Mccullough, 2021).

A comunicação inadequada entre profissionais e pacientes também aparece como importante barreira cultural. A investigação de White *et al.* (2021), aponta que a forma como as informações são transmitidas influencia diretamente a participação da gestante nas decisões. Informações incompletas, técnicas ou transmitidas de maneira autoritária comprometem a compreensão da mulher e reforçam sua dependência em relação ao profissional de saúde.

Além disso, estudos demonstram que muitas mulheres recebem orientações divergentes ao longo do pré-natal, o que gera insegurança e dificulta a tomada de decisões conscientes. A ausência de uma comunicação clara e alinhada entre os membros da equipe multiprofissional contribui para a desinformação e para a fragilidade do processo decisório compartilhado (White *et al.*, 2021; Wolfe; Carter, 2021).

Destaca-se outro fator cultural relevante, a persistência de estereótipos relacionados à maternidade e ao parto. Nesse contexto, espera-se que a mulher aceite passivamente as condutas propostas pelos profissionais, sob a justificativa de priorizar a segurança do bebê. Essa lógica contribui para a invalidação das necessidades emocionais e subjetivas da gestante, reforçando práticas paternalistas e limitando sua autonomia (Chervenak; Mccullough, 2021; Mielewczyk *et al.*, 2021).

Dessa forma, observa-se que as barreiras para a implementação da TDC são complexas e multifatoriais, envolvendo limitações estruturais dos serviços de saúde, fragilidades organizacionais e aspectos culturais profundamente enraizados no modelo de assistência obstétrica. A superação desses desafios exige mudanças institucionais, reorganização das práticas assistenciais e transformação da cultura profissional, de modo a promover um cuidado verdadeiramente centrado na mulher. (Hawke *et al.*, 2022; Chervenak; Mccullough, 2021).

Sendo assim, torna-se fundamental investir na qualificação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, para o desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, acolhimento e educação em saúde. Além disso, é necessário criar políticas públicas específicas e protocolos institucionais que garantam a participação ativa da gestante nas decisões relacionadas ao seu cuidado, promovendo maior autonomia, humanização da assistência e prevenção da violência obstétrica. (Peralta *et al.*, 2022; Shareef *et al.*, 2023).

3.2 ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA DA GESTANTE

A autonomia da gestante constitui um dos princípios fundamentais da assistência obstétrica humanizada e está diretamente relacionada à capacidade da mulher de participar ativamente das decisões envolvendo seu corpo, seu parto e seus cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse cenário, a atuação do enfermeiro assume papel central na promoção da tomada de decisão compartilhada, especialmente por meio de estratégias que favorecem o acesso à informação, o fortalecimento do vínculo e o protagonismo feminino durante o pré-natal e o trabalho de parto. (Peralta *et al.*, 2022; Shareef *et al.*, 2023).

O estudo analisado demonstra que o enfermeiro possui importante potencial para atuar como facilitador do processo decisório, promovendo uma assistência centrada na mulher e baseada em práticas humanizadas, diferentemente do modelo biomédico tradicional, que historicamente concentrou as decisões quase inteiramente nos profissionais de saúde. Sendo assim, a atuação do enfermeiro na perspectiva da TDC busca reconhecer a gestante como sujeito ativo do cuidado, valorizando suas experiências, preferências e necessidades individuais. (Chervenak; Mccullough, 2021).

Entre as principais estratégias identificadas na literatura, destaca-se a educação em saúde durante o pré-natal. O acompanhamento pré-natal representa um momento essencial para o desenvolvimento da autonomia feminina, pois permite que a gestante tenha acesso a informações qualificadas sobre gestação, parto, nascimento e puerpério. Segundo Peralta *et al.* (2022), a educação pré-natal baseada em evidências científicas contribui significativamente para o empoderamento da mulher, permitindo que ela compreenda os riscos, benefícios e alternativas

relacionados às intervenções obstétricas e participe de maneira mais consciente das decisões.

Nesse sentido, o enfermeiro desempenha papel fundamental ao fornecer orientações claras, acessíveis e individualizadas, respeitando o nível de compreensão e as particularidades socioculturais de cada gestante. A disponibilização de informações sobre tipos de parto, métodos de alívio da dor, intervenções obstétricas, direitos da mulher e elaboração do plano de parto fortalece a capacidade de tomada de decisão da gestante e reduz a dependência exclusiva das condutas profissionais. (White *et al.*, 2021; Shareef *et al.*, 2023).

Além disso, os estudos demonstram que o acesso à informação qualificada contribui para a redução da ansiedade e do medo relacionados ao parto, promovendo maior segurança emocional para a mulher. Muitas gestantes chegam ao pré-natal influenciadas por relatos negativos, crenças culturais e desinformação sobre o processo de parto, o que pode limitar sua autonomia e favorecer escolhas baseadas no medo. Nesse contexto, o enfermeiro atua como mediador do conhecimento, auxiliando a mulher na construção de decisões mais conscientes e alinhadas às suas preferências. (Peralta *et al.*, 2022).

Outra estratégia amplamente discutida na literatura refere-se à elaboração do plano de parto. O plano de parto é um documento no qual a gestante registra suas preferências relacionadas ao trabalho de parto, parto e cuidados com o recém-nascido. Sua construção possibilita a reflexão da mulher sobre suas escolhas e fortalece sua participação no processo assistencial. Shareef *et al.* (2023) apontam que o plano de parto contribui para o fortalecimento da autonomia feminina, melhora a comunicação com a equipe de saúde e favorece a implementação da TDC.

O enfermeiro possui papel importante nesse processo ao orientar a gestante sobre as possibilidades existentes e auxiliá-la na construção de um plano compatível com suas necessidades e expectativas. Além disso, a discussão do plano de parto durante o pré-natal permite identificar dúvidas, inseguranças e expectativas da mulher, promovendo maior preparo para o trabalho de parto e fortalecendo sua confiança. (Shareef *et al.*, 2023).

A escuta ativa e o acolhimento também aparecem como estratégias fundamentais na atuação do enfermeiro. A construção de vínculo entre profissional e gestante favorece um ambiente de confiança, no qual a mulher se sente segura para expressar seus medos, desejos e opiniões. Essa relação interpessoal é essencial para

a efetivação da TDC, pois possibilita que as decisões sejam construídas de maneira conjunta e respeitosa (White *et al.*, 2021).

O estudo de Mielewczyk *et al.* (2021) destaca que muitas mulheres desejam participar ativamente das decisões relacionadas ao parto, mas frequentemente não se sentem encorajadas pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, a postura acolhedora do enfermeiro e a valorização da fala da gestante contribuem para o fortalecimento de sua autonomia e para a redução da passividade historicamente associada ao cuidado obstétrico.

Além do acolhimento emocional, a comunicação eficaz constitui uma importante ferramenta de atuação do enfermeiro na preservação da autonomia feminina. White *et al.* (2021) apontam que a forma como as informações são transmitidas influencia diretamente a participação da gestante no processo decisório. Informações claras, acessíveis e compartilhadas de maneira respeitosa favorecem a compreensão da mulher e ampliam sua capacidade de tomar decisões informadas.

Durante o trabalho de parto, a atuação do enfermeiro torna-se ainda mais relevante, considerando que esse período é marcado por maior vulnerabilidade física e emocional da gestante. Nesse contexto, o profissional atua não apenas na assistência clínica, mas também como defensor das escolhas previamente discutidas com a mulher. O enfermeiro pode mediar a comunicação entre gestante e equipe multiprofissional, garantindo que as preferências da mulher sejam respeitadas e reduzindo a ocorrência de intervenções desnecessárias ou realizadas sem consentimento (López-Toribio *et al.*, 2022).

Os estudos analisados demonstram que práticas como incentivo à livre movimentação, respeito às posições escolhidas pela mulher, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e presença de acompanhante são estratégias frequentemente associadas à atuação do enfermeiro e contribuem significativamente para o fortalecimento da autonomia da gestante. Essas práticas favorecem o protagonismo feminino e promovem uma experiência de parto mais positiva e respeitosa (López-Gimeno *et al.*, 2022).

O incentivo ao consentimento informado também se destaca como aspecto relevante, tendo em vista que o enfermeiro possui papel essencial na garantia do direito da mulher de receber informações adequadas antes da realização de qualquer procedimento. O consentimento informado vai além da assinatura de documentos, envolvendo um processo contínuo de diálogo e esclarecimento sobre riscos,

benefícios e alternativas disponíveis, sendo assim, quando a gestante participa ativamente das decisões relacionadas às intervenções obstétricas, há fortalecimento de sua autonomia e redução da sensação de perda de controle durante o parto (Chervenak; Mccullough, 2021; White *et al.*, 2021).

Entretanto, apesar da relevância dessas estratégias, os estudos apontam que a atuação do enfermeiro ainda enfrenta desafios relacionados à estrutura institucional e à predominância do modelo biomédico. Em muitos serviços, a autonomia profissional do enfermeiro é limitada pela hierarquização das relações de trabalho e pela centralização das decisões na figura médica. Essa realidade dificulta a implementação plena da TDC e restringe a atuação do enfermeiro como facilitador da autonomia feminina (Chervenak; Mccullough, 2021; Hawke *et al.*, 2022).

Além disso, a sobrecarga dos serviços e o número reduzido de profissionais comprometem a realização de práticas educativas e de acolhimento, especialmente em contextos de alta demanda assistencial. A limitação de tempo durante as consultas e atendimentos reduz as possibilidades de diálogo e dificulta a construção de vínculo entre enfermeiro e gestante. (Hawke *et al.*, 2022).

Mesmo diante dessas limitações, a literatura evidencia que o enfermeiro possui papel estratégico na transformação da assistência obstétrica, contribuindo para a construção de um modelo de cuidado mais participativo, humanizado e centrado na mulher. Sua atuação na promoção da autonomia da gestante representa importante ferramenta para a implementação da tomada de decisão compartilhada e para a prevenção de práticas autoritárias e violentas no contexto obstétrico. (Peralta *et al.*, 2022; Shareef *et al.*, 2023).

Dessa forma, torna-se fundamental investir na valorização da enfermagem obstétrica, na qualificação profissional e na implementação de políticas institucionais que fortaleçam práticas centradas na mulher. A preservação da autonomia da gestante depende não apenas do acesso à informação, mas também do reconhecimento de seu direito de participar ativamente das decisões relacionadas ao seu corpo e ao nascimento de seu filho. (White *et al.*, 2021; Chervenak; Mccullough, 2021).

3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A humanização da assistência ao parto constitui um dos principais pilares para a transformação do modelo obstétrico contemporâneo e está diretamente relacionada à valorização da autonomia da mulher, ao respeito às suas escolhas e à promoção de um cuidado centrado em suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Nesse contexto, a TDC emerge como estratégia fundamental para a construção de uma assistência mais ética, respeitosa e participativa, contribuindo significativamente para a prevenção da violência obstétrica. (López-Gimeno *et al.*, 2022; White *et al.*, 2021).

Historicamente, a assistência obstétrica foi marcada pela medicalização excessiva do parto e pela centralização das decisões nos profissionais de saúde, especialmente na figura médica. Esse modelo contribuiu para a institucionalização de práticas intervencionistas e para a exclusão da mulher do processo decisório relacionado ao próprio corpo. Como consequência, muitas gestantes passaram a vivenciar o parto de maneira passiva, submetidas a procedimentos realizados sem consentimento e sem participação ativa nas decisões. (Chervenak; Mccullough, 2021).

Nesse cenário, o movimento de humanização da assistência ao parto surge como resposta à necessidade de reorganização das práticas obstétricas, propondo um modelo baseado no respeito aos direitos da mulher, na valorização do protagonismo feminino e na redução de intervenções desnecessárias. A humanização não se limita à adoção de técnicas específicas, mas envolve mudanças profundas na forma como a mulher é percebida dentro dos serviços de saúde, reconhecendo-a como sujeito ativo do processo de nascimento. (López-Toribio *et al.*, 2022).

Os estudos analisados demonstram que a tomada de decisão compartilhada possui papel central na humanização da assistência obstétrica, uma vez que promove a participação da gestante nas escolhas relacionadas ao pré-natal, trabalho de parto e parto. Quando a mulher recebe informações claras, acessíveis e baseadas em evidências científicas, torna-se capaz de compreender as possibilidades de cuidado e participar de forma consciente das decisões relacionadas ao seu corpo (White *et al.*, 2021; Peralta *et al.*, 2022).

López-Gimeno *et al.* (2022) destacam que estratégias voltadas para a implementação da TDC influenciam positivamente as escolhas das gestantes e favorecem experiências mais satisfatórias durante o parto. A participação ativa da mulher nas decisões contribui para o fortalecimento de sua autonomia e reduz a sensação de impotência frequentemente associada às experiências negativas de parto.

Além disso, a humanização da assistência está diretamente relacionada à qualidade da comunicação estabelecida entre profissionais e gestantes. White *et al.* (2021) apontam que a forma como as informações são transmitidas influencia significativamente a percepção da mulher sobre o cuidado recebido. A comunicação respeitosa, acolhedora e baseada na escuta ativa favorece o estabelecimento de vínculo e fortalece a confiança da gestante na equipe de saúde.

Por outro lado, a ausência de diálogo e a comunicação verticalizada contribuem para a exclusão da mulher do processo assistencial e favorecem a ocorrência de violência obstétrica. Muitas mulheres relatam não receber explicações adequadas sobre os procedimentos realizados durante o parto, sendo submetidas a intervenções sem consentimento ou sem compreensão clara de sua necessidade. Essa prática viola princípios éticos fundamentais e compromete o direito da mulher à autonomia e à participação nas decisões relacionadas ao próprio cuidado. (White *et al.*, 2021; Wolfe; Carter, 2021).

A violência obstétrica pode manifestar-se de diferentes formas, incluindo violência física, verbal, psicológica e institucional. Entre as práticas mais frequentemente relatadas estão a realização de procedimentos sem consentimento, o uso de linguagem agressiva ou desrespeitosa, a negligência no atendimento, a restrição de acompanhante e a imposição de condutas sem participação da gestante. Essas situações produzem impactos negativos não apenas sobre a experiência do parto, mas também sobre a saúde física e emocional da mulher (López-Toribio *et al.*, 2022).

Os estudos demonstram que a ausência da tomada de decisão compartilhada constitui um dos fatores que favorecem a manutenção da violência obstétrica nos serviços de saúde. Quando a mulher não participa das decisões, perde o direito de exercer controle sobre seu corpo e sobre o processo de nascimento, tornando-se mais vulnerável a práticas autoritárias e intervencionistas (Chervenak; Mccullough, 2021).

Nesse contexto, a humanização da assistência ao parto representa importante estratégia para prevenção da violência obstétrica, especialmente por meio da valorização do protagonismo feminino e do fortalecimento da autonomia da gestante. A inclusão da mulher no processo decisório contribui para reduzir intervenções desnecessárias e promove maior respeito às suas escolhas e preferências. (López-gimeno *et al.*, 2022).

Entre as práticas humanizadas identificadas nos estudos analisados, destacam-se o incentivo à presença de acompanhante de livre escolha, o respeito ao plano de parto, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e o estímulo às posições escolhidas pela mulher para o nascimento. Essas práticas favorecem uma experiência de parto mais positiva e fortalecem o sentimento de segurança e acolhimento da gestante (Shareef *et al.*, 2023; López-Toribio *et al.*, 2022).

O plano de parto, em especial, aparece como importante ferramenta para promoção da humanização e da TDC. Sua elaboração permite que a mulher reflita sobre suas preferências e expectativas em relação ao parto, facilitando a comunicação com a equipe de saúde e contribuindo para o respeito às suas escolhas. Shareef *et al.* (2023) evidenciam que a utilização do plano de parto melhora a experiência da mulher e fortalece sua participação no processo assistencial.

A atuação do enfermeiro nesse contexto é amplamente destacada pela literatura. O enfermeiro obstetra, por manter contato contínuo com a gestante durante o pré-natal e o trabalho de parto, ocupa posição central na promoção de práticas humanizadas e na prevenção da violência obstétrica. Sua atuação vai além da assistência técnica, envolvendo acolhimento, educação em saúde, escuta qualificada e defesa dos direitos da mulher. (Peralta *et al.*, 2022).

Durante o trabalho de parto, o enfermeiro atua diretamente na promoção do conforto físico e emocional da gestante, realizando práticas que favorecem a fisiologia do parto e reduzindo a necessidade de intervenções desnecessárias. Além disso, esse profissional exerce importante papel na mediação da comunicação entre a mulher e a equipe multiprofissional, garantindo que suas escolhas sejam respeitadas e consideradas nas decisões relacionadas ao cuidado. (White *et al.*, 2021).

Ainda nesse sentido, a humanização da assistência implica garantir que toda intervenção seja precedida de explicações adequadas e autorização da mulher, isso se dá com o consentimento informado. Essa prática, contemplada pelo Código de Ética dos profissionais de enfermagem, representa um dos principais instrumentos para preservação da autonomia feminina e prevenção da violência obstétrica, pois assegura o direito da gestante de participar ativamente das decisões relacionadas ao seu corpo. (COFEN, 2017)

Entretanto, apesar dos avanços nas políticas de humanização, os estudos demonstram que muitas práticas violentas ainda permanecem naturalizadas nos

serviços obstétricos. A persistência do modelo biomédico, associado à centralização das decisões e à hierarquização das relações profissionais, dificulta a consolidação de uma assistência verdadeiramente humanizada. (Chervenak; Mccullough, 2021).

Além disso, fatores estruturais e organizacionais, como sobrecarga dos serviços, insuficiência de profissionais e limitação de recursos institucionais, também interferem na qualidade da assistência e dificultam a implementação de práticas centradas na mulher. A pressão por produtividade e a padronização das condutas contribuem para a redução do cuidado individualizado e para a manutenção de práticas mecanizadas e pouco acolhedoras. (Hawke *et al.*, 2022).

Dessa forma, a humanização da assistência ao parto deve ser compreendida como um processo amplo, que envolve mudanças institucionais, culturais e profissionais. A promoção da tomada de decisão compartilhada, associada ao fortalecimento da autonomia feminina e à valorização da enfermagem obstétrica, constitui importante estratégia para a transformação da assistência e para a prevenção da violência obstétrica. (Peralta *et al.*, 2022; Shareef *et al.*, 2023).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo identificar as contribuições da tomada de decisão compartilhada (TDC) na prática do enfermeiro para a prevenção da violência obstétrica durante o trabalho de parto, considerando as barreiras que dificultam sua implementação, as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para preservação da autonomia da gestante e a relação entre humanização da assistência e prevenção de práticas violentas no contexto obstétrico.

A partir da análise dos estudos selecionados, foi possível compreender que a TDC constitui uma importante ferramenta para a promoção de uma assistência centrada na mulher, baseada no respeito às suas escolhas, no diálogo e na valorização de sua autonomia.

Os resultados evidenciaram que, embora a tomada de decisão compartilhada seja reconhecida como uma prática essencial para a humanização da assistência obstétrica, sua implementação ainda enfrenta importantes desafios estruturais, organizacionais e culturais.

Entre as principais barreiras identificadas destacam-se a sobrecarga dos serviços de saúde, o tempo reduzido durante os atendimentos, a fragmentação da assistência, a ausência de protocolos institucionais voltados para a participação ativa da gestante e a predominância do modelo biomédico, que ainda centraliza as decisões nos profissionais de saúde. Além disso, aspectos culturais relacionados à hierarquização das relações profissionais e à naturalização de práticas intervencionistas contribuem para a limitação da autonomia feminina no processo de parto.

No que se refere às estratégias de atuação do enfermeiro, os estudos analisados demonstraram que esse profissional desempenha papel fundamental na promoção da autonomia da gestante, especialmente por meio da educação em saúde, escuta ativa, acolhimento, fortalecimento do vínculo e incentivo à elaboração do plano de parto. Essas práticas favorecem o empoderamento feminino e possibilitam que a mulher participe de maneira mais consciente e ativa das decisões relacionadas ao seu cuidado. Observou-se ainda que a atuação do enfermeiro na defesa das escolhas da gestante contribui significativamente para a construção de uma assistência mais humanizada e para a redução de intervenções desnecessárias.

A análise da literatura também permitiu identificar que a humanização da assistência ao parto está diretamente relacionada à implementação da tomada de

decisão compartilhada. A inclusão da mulher no processo decisório fortalece seu protagonismo e reduz situações caracterizadas como violência obstétrica, como procedimentos realizados sem consentimento, comunicação inadequada e desrespeito às escolhas da gestante. Dessa forma, a TDC mostra-se não apenas como estratégia de qualificação da assistência, mas também como instrumento de garantia dos direitos da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

O percurso metodológico adotado, baseado em revisão de literatura com análise de estudos científicos publicados em bases de dados relevantes, possibilitou reunir evidências atuais sobre a temática e compreender de maneira ampla os desafios e contribuições relacionados à tomada de decisão compartilhada na assistência obstétrica. A utilização de estudos nacionais e internacionais permitiu ampliar a compreensão sobre as diferentes realidades assistenciais e fortalecer a discussão acerca da importância da atuação do enfermeiro na promoção da autonomia feminina.

Como contribuição para a área da enfermagem obstétrica, este estudo reforça a necessidade de fortalecimento de práticas centradas na mulher e evidencia a importância da atuação do enfermeiro na promoção da humanização da assistência e prevenção da violência obstétrica. Além disso, destaca a necessidade de reorganização dos serviços de saúde e de qualificação dos profissionais para implementação efetiva da tomada de decisão compartilhada nos diferentes níveis de atenção.

Entretanto, algumas limitações foram identificadas durante a realização da pesquisa, especialmente relacionadas à escassez de estudos específicos sobre a atuação do enfermeiro na tomada de decisão compartilhada durante o trabalho de parto, bem como à heterogeneidade metodológica dos artigos analisados. Essas limitações demonstram a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem a temática, especialmente estudos voltados para a realidade brasileira e para a experiência das gestantes em diferentes contextos assistenciais.

Dessa forma, conclui-se que a tomada de decisão compartilhada representa uma importante estratégia para transformação do modelo obstétrico atual, contribuindo para a promoção da autonomia da mulher, fortalecimento do protagonismo feminino e construção de uma assistência mais ética, respeitosa e humanizada. A efetivação dessas práticas depende do comprometimento institucional

e profissional com a valorização dos direitos da gestante e com a construção de um cuidado verdadeiramente centrado na mulher.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CHERVENAK, Frank A.; MCCULLOUGH, Laurence B. Ethical dimensions of shared decision-making in obstetrics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 225, n. 2, p. 123-130, 2021.
- HAWKE, Laura D. et al. Shared decision-making in maternity care: a systematic review of influencing factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, London, v. 22, n. 1, p. 1-12, 2022.
- LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.
- LÓPEZ-GIMENO, Eva et al. Impact of shared decision-making interventions on women's childbirth preferences. *Midwifery*, London, v. 109, p. 103321, 2022.
- LÓPEZ-TORIBIO, Inmaculada et al. Women's experiences with birth plans and shared decision-making in labor. *Women and Birth*, Amsterdam, v. 35, n. 6, p. e567-e573, 2022.
- MIELEWCZYK, Franziska et al. Women's preferences for shared decision-making in obstetric care: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*, Amsterdam, v. 104, n. 5, p. 1055-1061, 2021.
- NGUYEN, Anh T. et al. Decision aids to support shared decision-making in pregnancy care: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, Amsterdam, v. 104, n. 3, p. 521-531, 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Trends in maternal mortality 2000 to 2023. Geneva: World Health Organization, 2024.
- PERALTA, María et al. Prenatal education and empowerment of pregnant women: implications for shared decision-making. *Nurse Education Today*, Edinburgh, v. 115, p. 105397, 2022.
- SHAREEF, Fadwa et al. The effectiveness of birth plans in promoting shared decision-making: a systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Hoboken, v. 162, n. 1, p. 45-52, 2023.
- SILVA, Juliana R. et al. Influência das orientações profissionais na escolha da via de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 76, n. 2, e20220123, 2023.
- WHITE, Vanora et al. Communication in maternity care and its impact on decision-making: a systematic review. *Health Expectations*, Oxford, v. 24, n. 4, p. 1234-1245, 2021.
- WOLFE, Katherine; CARTER, Suzanne. The role of clinician communication style in patient decision-making. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 280, p. 114045, 2021.