



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE-CAMPUS DE JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES**

CHRISNE SANTANA BIONDO

**PROBLEMAS ÉTICOS EVIDENCIADOS NA AVALIAÇÃO
SOBRE A SATISFAÇÃO E BEM-ESTAR DA MULHER
DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

**JEQUIÉ-BA
2023**

CHRISNE SANTANA BIONDO

**PROBLEMAS ÉTICOS EVIDENCIADOS NA AVALIAÇÃO
SOBRE A SATISFAÇÃO E BEM-ESTAR DA MULHER
DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde e Sociedade

ORIENTADOR: Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid

**JEQUIÉ-BA
2023**

B615p Biondo, Chrisne Santana.

Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante a assistência ao parto / Chrisne Santana Biondo.- Jequié, 2023.

130f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes)

1.Assistência ao parto 2.Bioética 3.Ética profissional 4.Bem-estar materno 5.Parto humanizado 6.Satisfação do paciente 7.Trabalho de parto
I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 618.4

**FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA TESE DE
DOUTORADO**

BIONDO, Chrisne Santana. Aspectos éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante a assistência ao parto. 2023. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Sérgio Yarid

Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Milena Temer Jamas

Profa. Dra. Milena Temer Jamas

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Maria Madalena Souza dos Anjos Neta

Profa. Dra. Maria Madalena Souza dos Anjos Neta

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Darci de Oliveira Santa Rosa

Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Federal da Bahia

Charles Souza Santos

Prof. Dr. Charles Souza Santos

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié-Bahia, 21 de setembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todas as pessoas que sempre torceram e acreditaram em mim, e ajudaram de forma direta ou indireta na concretização desse sonho.

Primeiramente agradeço à **Deus** por sempre me sustentar, dando força para conseguir tudo que almejo;

Às minhas filhas, **Helena e Alice**, minhas motivações diárias, por serem luz e serenidade em minha caminhada, me ensinando o amor incondicional e por me fazerem querer um mundo melhor para nós vivermos.

À minha mãe, **Veralúcia**, por estar sempre ao meu lado, pela sua amizade, amor e companheirismo, por não medir esforços para que eu alcançasse minhas metas. Sei que nunca estarei sozinha com você em minha vida.

Ao meu esposo, **Marco Antonio**, pelo companheirismo em todos esses anos, por sempre acreditar em mim, me incentivando a seguir. Sem seu empenho, talvez eu nem tivesse feito a seleção de doutorado.

À minha família, todos eles, incluindo meu irmão **Paulo José**, meu pai **José Biondo**, meus tios, tias, avó, madrinha, padrinho e primos, que sempre acreditaram em mim, sendo presenças em minha vida. Incluo aqui a minha sogra, **Maria Vitória**, por se preocupar comigo, me acolhendo com carinho em sua família.

Às minhas amigas **Vivian França**, **Carola Queiróz** e **Caroline Versiani** por serem escuta nos momentos de tempestade, pelos conselhos e amizade nesses anos. Não podendo faltar **Mariana Antunes**, amizade que surgiu no mestrado e segue até hoje, ela é minha inspiração acadêmica.

Ao meu orientador, **Sérgio Yarid**, pelos ensinamentos em pesquisa e por acolher minhas demandas, compreendendo todas as vezes que precisei me afastar das atividades para maternar.

À professora **Madalena**, por me auxiliar nessa caminhada, pelas confidências e desabafos, além da sabedoria compartilhada.

Aos meus colegas de doutorado, em especial a turma dos “**Caronas para Europa**”, Pedro, Jamille, Lucas, Kleyton e Mauro, pelas viagens divertidas que tornou essa jornada mais leve.

Aos profissionais de enfermagem do **Hospital Esaú Matos** pela acolhida e disponibilidade em me orientar, quanto a rotina da unidade, nos dias da coleta e às

puérperas que dedicaram seu tempo, em meio a neblina do puerpério, para responder a pesquisa.

Aos alunos, **Kalila e Fabrício**, que me ajudaram na coleta com dedicação, sem eles a amostra não teria sido tão representativa.

Às mulheres que me ajudam a cuidar, **Daty, Ellen e Rosa**, e cuidaram tão bem das minhas filhas para que eu pudesse doutorar.

Aos **Professores do doutorado**, por todo o ensinamento e dedicação ao Programa e aos discentes.

À **Universidade Federal da Bahia** por me conceder o afastamento para que eu pudesse ter dedicação a esse estudo, tão relevante para a literatura científica.

E por fim, à **banca examinadora** pela disponibilidade em participação na sustentação da tese e pelas contribuições.

BIONDO, Chrisne Santana. Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante a assistência ao parto. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia. 2023. 130f.

RESUMO

No parto humanizado, o profissional de saúde realiza abordagem tanto psicológica, física e emocional, quanto a assistência ao parto. No entanto, ao analisar a literatura científica, os estudos evidenciam a desorganização dos serviços de saúde, a deficiência da regionalização e organização da rede de atendimento ao parto, além de realização de condutas não aconselháveis durante o trabalho de parto, ocorrências que tendem a dificultar a humanização do atendimento. Essas situações sugerem que preceitos fundamentais, em que cabem o respeito, não são efetivados nas ações cotidianas do cuidado à mulher, evidenciando a necessidade de fomentar as discussões e avaliação de aspectos éticos na prática do cuidado à mulher. Nesse sentido, faz-se objetivo geral do estudo analisar os problemas éticos e bioéticos que emergem da avaliação das vivências das mulheres durante a parturição, à luz dos códigos de ética médica e de enfermagem. Para atingir o objetivo da pesquisa, foi realizado um estudo transversal, descritivo, de caráter observacional de abordagem qualitativa e quantitativa. O cenário de pesquisa foi um Hospital Municipal no sudoeste da Bahia. Utilizou-se para a coleta de dados um questionário sociodemográfico e de dados obstétricos e um formulário de pesquisa – Escala de Bem-estar materno em situação de parto BMSP2 – versão brasileira abreviada. A amostra foi de 396 puérperas que responderam ao questionário sociodemográfico e ao BMSP2, e dessas, 16 responderam a uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado. A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Science - SPSS versão 25.0. utilizando uma análise de Regressão Logística Multinomial. Para a análise qualitativa dos dados, as entrevistas foram transcritas e submetidas à técnica de Análise de Conteúdo Mecanizada Lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ, particularmente do processo de Análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), pelo CAAE nº 57361022.8.0000.0055/parecer nº 5.539.474. A maior parte da amostra apresentou bem-estar com assistência em saúde, destacando que as mulheres com o parto realizado por profissionais não médicos apresentaram mais chances de apresentarem níveis de bem-estar “adequado”. E mulheres que não tiveram a via de parto cesárea apresentaram aumento de chances de apresentarem bem-estar. No entanto, observou-se que 05 itens da escala apresentaram maior número de respostas negativas. Os dados gerados no IRAMUTEQ foram dimensionados e classificados em seis classes divididas em dois eixos, que demonstraram experiência positiva das mulheres, relacionada a efetivação do direito ao acompanhante e ao acompanhamento dos profissionais em parter as mulheres, houve incentivo para instruir e encorajar o trabalho de parto. Os pontos negativos são relacionados a dor, no trabalho de parto normal e no pós-cesáreo. Ficaram evidentes violências obstétricas, como a realização da Manobra de Kristeller, a amniotomia prematura e toques doloridos. Portanto, observou-se um contexto de violação aos direitos fundamentais básicos, com inobservância dos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e do direito à privacidade. Conclui-se que as situações de violência obstétrica podem impactar diretamente na satisfação e no bem-estar da mulher com o parto, no vínculo mãe e filho e nos cuidados dispensados ao

Recém-Nascido, tornando-se necessária a reflexão dos profissionais acerca das suas atitudes, para efetivar as boas práticas no parto.

Palavras-Chaves: Assistência ao Parto; Bioética; Ética Profissional; Bem-Estar Materno; Parto Humanizado; Satisfação do Paciente; Trabalho de Parto.

BIONDO, Chrisne Santana. Ethical problems evidenced in the evaluation of women's satisfaction and well-being during childbirth care Thesis [Doctorate]. Graduate Program In Nursing And Health, Southwestern State University Of Bahia. Jequié-Bahia. 2023. 130f.

ABSTRACT

In humanized childbirth, the health professional performs both psychological, physical and emotional approaches, as well as childbirth care. However, when analyzing the scientific literature, the studies show the disorganization of health services, the deficiency of regionalization and organization of the childbirth care network, in addition to the performance of inadvisable conducts during labor, occurrences that tend to hinder the humanization of care. These situations suggest that fundamental precepts, in which respect is appropriate, are not put into effect in the daily actions of women's care, evidencing the need to foster discussions and evaluation of ethical aspects in the practice of women's care. In this sense, the general objective of the study is to analyze the ethical and bioethical problems that emerge from the evaluation of women's experiences during parturition, in the light of the medical and nursing codes of ethics. To achieve the objective of the research, a cross-sectional, descriptive, observational study with a qualitative and quantitative approach was carried out. The research setting was a Municipal Hospital in the southwest of Bahia. A sociodemographic and obstetric data questionnaire and a survey form – BMSP2 Maternal Well-being Scale – Brazilian abbreviated version – were used for data collection. The sample consisted of 396 puerperal women who answered the sociodemographic questionnaire and the BMSP2, and of these, 16 answered an interview guided by a semi-structured script. Quantitative data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, version 25.0. using a Multinomial Logistic Regression analysis. For the qualitative analysis of the data, the interviews were transcribed and submitted to the technique of Mechanized Lexical Content Analysis with the aid of the IRAMUTEQ software, particularly the process of Descending Hierarchical Classification Analysis (DHC). The project was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia (CEP-UESB), by CAAE No. 57361022.8.0000.0055/Opinion No. 5,539,474. Most of the sample presented well-being with health care, highlighting that women who gave birth by non-medical professionals were more likely to have "adequate" levels of well-being. And women who did not have a cesarean section were more likely to have well-being. However, it was observed that 05 items of the scale had a higher number of negative responses. The data generated in the IRAMUTEQ were dimensioned and classified into six classes divided into two axes, which demonstrated a positive experience of the women, related to the realization of the right to a companion and the monitoring of professionals in parturition of women, there was an incentive to instruct and encourage labor. The negative points are related to pain, in normal labor and in the post-cesarean section. Obstetric violence was evident, such as the performance of the Kristeller Maneuver, premature amniotomy and painful touches. Therefore, there was a context of violation of basic fundamental rights, with non-observance of the bioethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and the right to privacy. It is concluded that situations of obstetric violence can have a direct impact on the satisfaction and well-being of women with childbirth, on the mother-child bond and on the care provided to the Newborn, making it necessary for professionals to reflect on their attitudes in order to implement good practices in childbirth.

Key-Words: Midwifery; Bioethic; Ethics Professional; Maternal Welfare; Humanizing Delivery Patient Satisfaction; Labor Obstetric.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Padrão de resposta em escala tipo Likert dos fatores de análise do instrumento utilizado. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023 -----	69
Figura 1. Distribuição das classes temáticas em eixos, oriundas da classificação hierárquica descendente. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023 -----	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Itens da escala de Bem- estar Materno em Situação de Parto (BMSP2)	30
Quadro 1. Verbalizações negativas das mulheres nas entrevistas relacionadas com os itens avaliados com maior mal-estar na escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto 2. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023 -----	70
Quadro 2. Verbalizações positivas das mulheres nas entrevistas relacionadas com os itens avaliados com maior mal-estar na escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto 2. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023 -----	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil clínico das mulheres no período gestacional e de parturição em um hospital público em uma cidade do interior da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023 -----	51
Tabela 2. Resultados do modelo preditivo com variáveis contextuais. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023 -----	52
Tabela 1. Perfil sociodemográfico da amostra. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023 -----	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCF – Batimentos CardioFetais

BES – Bem-Estar Subjetivo

BEP – Bem-Estar Psicológico

BMSP2 – Bem-Estar Materno em Situação de Parto 2

CHD- Classificação Hierárquica Descendente

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPN – Centros de Parto Normal

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CFM – Conselho Federal de Medicina

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Pré-Parto, Parto e Pós-Parto

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RN – Recém-Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TP – Trabalho de Parto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 POLÍTICA E ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL	22
3.2 BEM-ESTAR DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO UMA ABORDAGEM DA ÉTICA DEONTOLÓGICA E BIOÉTICA PRINCIPIALISTA.....	27
4 METODOLOGIA	39
4.1 TIPO DE ESTUDO	39
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	39
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	40
4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	41
4.5 ANÁLISE DE DADOS	42
4.5.1 Análise de dados quantitativos	42
4.5.2 Análise de dados qualitativos	43
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
5.1 FATORES CLÍNICOS DO BEM-ESTAR DE MULHERES EM PARTURIÇÃO: PERSPECTIVAS DEONTOLÓGICAS E DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA.....	45
5.2 SATISFAÇÃO E BEM-ESTAR NAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM PARTURIÇÃO: ASPECTOS BIOÉTICOS E DEONTOLÓGICOS.....	62
5.3 REPRESENTAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO E PARTO À LUZ DA BIOÉTICA.....	82
6 CONCLUSÕES	97
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	111
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS E DEPOIMENTOS	119

APÊNDICE D: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO)	
.....	120
ANEXO A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (ENTREVISTA)	122
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DE COLETA	127
ANEXO C – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	128

REFAZER

1 INTRODUÇÃO

As concepções do parto são construídas a partir de fatores biológicos universais associados a fatores culturais, como crenças, valores e experiências vivenciadas. As concepções de parto humanizado ampliam as perspectivas para além da fisiologia do parto, abrangendo a assistência integral à mulher. Essa *práxis* humanística garante a preservação dos princípios bioéticos, sem renunciar ao controle de risco das complicações do parto (Hernandez-Garrede; Maya-Sanchez, 2019).

O parto humanizado se apresenta como aquele em que o profissional de saúde se preocupa com a condição da mulher, fornece apoio tanto psicológico, físico e emocional, incentivando positivamente com adoção de condutas e atitudes diferenciadas, na oferta de atendimento de qualidade, almejando ultrapassar as fronteiras dos diferentes núcleos de saber (Oliveira *et al.*, 2017).

Com intuito de efetivar ações de humanização no parto, espera-se que os serviços de atenção incorporem uma equipe inter e multidisciplinar, com a inserção de doula e enfermeira obstetra, além de ginecologista obstetra, no processo de parturição. Nesse contexto ampliado, valoriza-se ainda o respeito ao protagonismo e autonomia das mulheres na escolha da via de parto, além da importância de um acompanhamento pré-natal de qualidade, melhor estrutura das maternidades, capacitação e sensibilização dos profissionais sobre humanização e a desmedicalização do processo de parto com redução de procedimentos desnecessários (Monteiro; Holanda; Melo, 2017).

Atualmente, para fortalecer a assistência em saúde no parto, conta-se com a Rede Cegonha, instituída em 2011, reduzindo a morbimortalidade materna, fetal e infantil, especialmente com as taxas de mortalidade por causas evitáveis. Ela é configurada como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança a organização dos serviços de saúde enquanto uma Rede de Atenção à Saúde (RAS); com acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; além de garantir o planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro (Do Nascimento, 2020).

No entanto, destaca-se que muitos países, inclusive o Brasil, seguem com dificuldades em reduzir a morbimortalidade materna. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são caracterizados como uma ação global, composta por 17 eixos, para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas desfrutem de uma vida saudável e próspera. No entanto, o Brasil, assim como outros

países, não conseguiu atingir a pactuação de redução da morbimortalidade materna até 2015, realizando nova repactuação para atingir até 2030 a redução das taxas de mortalidade materna para menos de 30 mortes por 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2018).

Observa-se que o Brasil repactuou taxa menor do que a Global proposta pelas Nações Unidas, que propôs a redução de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (IPEA,2018). Assim, observou-se que existe uma desigualdade no Brasil, relacionada ao tamanho territorial, com diversas crenças, características regionais e distribuição de rendas. Portanto, é notória a necessidade de priorização das Regiões de Saúde do Brasil que apresentam taxa superior a 70,00/100.000 nascidos vivos; a prevenção de óbitos por causas diretas; avaliação e melhoria da assistência pré-natal, capacitação das políticas para a prevenção de óbitos entre mães jovens; a redução da taxa de cesariana e melhoria da informação acerca do óbito materno (Mota; Moreira, 2021).

No entanto, ao analisar a literatura científica, observaram-se estudos evidenciando desorganização dos serviços de saúde, a deficiência da regionalização e organização da rede de atendimento ao parto, realização da medicalização nem sempre necessária, ausência do uso do partograma, ausência do acompanhante em todos os estágios do parto; negligência e atitudes grosseiras com as usuárias e realizações da Manobra de Kristeller (Santos; Souza, 2015; Estumano, 2017; Guimarães; Jonas; Amaral, 2018).

Esse contexto de violência sinaliza que problemas éticos, caracterizados em violências obstétricas, são vivenciados na prática do profissional de saúde que atua na assistência ao parto, o que levará à não redução das taxas de mortalidade materna. Assim, diante de situações que explicitem as vulnerabilidades como uma forma excludente do direito, é necessário fomentar discussões contínuas sobre o enfoque da bioética na assistência à saúde, devido à necessidade de se resolver questões relacionadas às ações humanas.

Neste estudo, o problema ético é conceituado como desafios realizados no cuidado em saúde percebidos como conflituosos quanto aos valores morais e deveres éticos dos profissionais da saúde, que exigem decisões pela melhor solução, conseguindo respostas que ultrapassem o caso particular. Diante do exposto, investigações acerca dos desafios éticos nos serviços em saúde levam os profissionais a refletir sobre suas práticas éticas em saúde (Junges *et al.*, 2014).

Para atingir os deveres éticos, os profissionais que assistem o parto possuem códigos de condutas éticas. Ao analisar esses documentos, observa-se que os princípios fundamentais do código de ética de medicina versam sobre o respeito que o médico deve

ter pelo ser humano, agindo sempre em seu benefício e respeitando sua dignidade e integridade, como descrito no parágrafo 6º:

O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade (CFM, 2019).

Os profissionais de enfermagem também dispõem do código que descreve nos seus princípios fundamentais que o profissional deve atuar de forma comprometida “com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade” (COFEN, 2017).

No bojo dessa discussão, apresenta-se a necessidade de formação de um profissional integral, dotado tanto de competência técnica, caracterizada por julgamentos clínicos e habilidades técnicas, como de competência moral, entendida como o desenvolvimento de juízo moral com capacidade de tomada de decisão deliberando através da discussão de caso (Martins; Santos; Duarte, 2022). Nesse contexto, quando existe a extrapolação de condutas preconizadas pelo código de ética, insere-se a bioética como ciência que auxiliará na condução de casos de forma crítica-reflexiva, objetivando o desenvolvimento de ferramentas profissionais pautadas em cuidados humanizados na assistência.

Com isso, o principialismo é a ciência mais comumente utilizada para as ciências da saúde, utilizando dos seus princípios para resolver os conflitos emergentes na assistência em saúde. Os quatro princípios propostos por Beauchamp; Childress (2001) são autonomia, caracterizada pelo indivíduo cuidar de si e ter poder de decisão; beneficência, escolher fazer o bem; não-maleficência não incidir prejuízos à saúde, reduzindo para um mínimo aceitável os eventos adversos em saúde; e a justiça, associada à justiça distributiva, distribuindo os recursos em saúde de forma equânime.

Em uma busca realizada nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)¹, foram encontradas apenas 13 publicações. Os assuntos abordados nestas publicações se relacionavam com gravidezes de fetos com anomalias incompatíveis com

¹ Busca realizada por meio dos termos que se aproximavam da temática, presentes na relação de descritores em Ciências da Saúde, criados pelo Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde (DeCS/BIREME): “Bioética”; “Trabalho de Parto”; “Parto”, “Problema ético” combinados pelo operador booleano *and*, englobando os artigos publicados nos últimos 5 anos.

a vida, parto em contexto da pandemia de Covid-19, edições genéticas, dignidade do nascimento, dentre outras temáticas. Contudo, não foram encontradas discussões relacionadas aos problemas éticos e à bioética principialista na assistência ao parto, bem-estar e satisfação da mulher com seu parto.

Nesse sentido, a investigação de situações consideradas como problema ético nas unidades em saúde se faz necessária para auxiliar mudanças na assistência à mulher em situação de parto. Ressalta-se que a avaliação da satisfação do paciente com a qualidade do serviço são ações positivas na avaliação de seu bem-estar, podendo também contribuir com a redução de situações que interferem na qualidade da assistência recebida. Assim, a avaliação da qualidade dos serviços a partir da óptica do paciente é importante.

A partir desses pressupostos, conceituam-se bem-estar e satisfação como percepções subjetivas e podem ser percebidas através de escores – quando a pessoa possui maior nível de bem-estar, experimentam sensação de satisfação, já quando estão baixos podem se igualar a situações de adoecimento. Destarte, mulheres satisfeitas com a assistência apresentam maior autoestima e melhor adaptação à maternidade, quando insatisfeitas com as condutas, podem apresentar sentimentos negativos expressados através de depressão pós-parto ou sintomas de estresse pós-traumático (Jamás *et al.*, 2021).

Diante da política de humanização ao parto e puerpério, emergiram situações que sugerem que preceitos fundamentais em que cabem o respeito não são efetivados nas ações cotidianas do cuidado à mulher. Exemplificam-se as medidas não invasivas de controle da dor que, por vezes, não são questionadas à mulher para sua realização, é prescrito e normatizado o uso durante o estímulo ao parto natural. Essa situação reflete, de certa forma, o caráter heterônomo de uma prática em que se pode elevar situações de mal-estar nas puérperas, relacionando com sentimentos negativos, que poderão levar a dificuldades de vínculo e cuidados efetivos ao Recém-Nascido (RN).

Nesse sentido, é incipiente o estudo relacionando bioética, problemas éticos e bem-estar no parto, sob a óptica das próprias mulheres. Assim, torna-se necessário fomentar as discussões e a avaliação de problemas éticos na prática do cuidado à mulher, a fim de sensibilização profissional para que reflitam sobre suas práticas e insiram uma assistência centrada na mulher. Portanto, a relevância deste estudo se dá à medida que o conhecimento produzido possibilitará o reconhecimento dos problemas éticos vivenciados pelas mulheres, avaliação das condutas empregadas, estimulando mudanças no fazer saúde, atendendo aos princípios bioéticos em direção a uma prática baseada em

evidências que promovam a assistência ao parto e nascimento livre de imperícia, negligência e imprudência.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os problemas éticos e bioéticos que emergem da avaliação das vivências das mulheres durante a parturição, à luz dos códigos de ética médica e de enfermagem.

2.2 Específicos

Avaliar a satisfação e o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e parto;
Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, associando ao bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto;
Conhecer o que representou o trabalho de parto e parto para as mulheres.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Política e assistência ao Parto no Brasil

Historicamente, o parto era realizado permitindo o protagonismo das mulheres, sendo realizado nas residências, momento íntimo e composto por mulheres, sendo conduzidos por outras mulheres, as parteiras. Nesse cenário, o parto era realizado por parteiras-leigas, mulheres com experiências pessoais no parto, que acompanhavam a mulher desde a gestação até os cuidados com o Recém-Nascido (RN). Nesse momento os médicos eram admitidos apenas em complicações (Picheth; Crubellate; Verdu, 2018).

Com o avançar da medicina a partir da década de 60, e a necessidade em melhorar os índices maternos e infantis, maternidades e hospitais para mulheres foram sendo construídos. No Brasil a criação se deu no início no século XX, devido à intensificação das reformas sanitárias e à medicalização do parto, foi considerada estratégia de civilidade o parto hospitalar. Com o avançar da prática hospitalar, as mulheres se adaptaram ao parto fora do ambiente doméstico, foi aumentando confiança na figura do médico e no ambiente hospitalar, consequência do aumento da segurança e a assepsia desse espaço (Palharini; Figuerôa, 2018; Silva *et al.*, 2018; Picheth; Crubellate; Verdu, 2018).

Ressalta-se que o parto hospitalar no século XX era marcado de atrocidades, em que, por ser considerado algo pecaminoso, dolorido, por determinação divina pela Igreja católica, ele acontecia sob sedação total, utilizando no início do trabalho de parto morfina e escopolamina. Isso levava à amnésia das pacientes e alucinações, levando consequentemente à contenção das mulheres, o que provocava hematomas. Além disso, eram utilizados ocitócitos, distensão do colo uterino com instrumentos cirúrgicos e utilização do fórceps para a retirada do bebê (Da Silva; Gomes; De Jesus Ribeiro, 2022).

Nesse início, havia resistência das mulheres em aceitar acompanhamento por profissionais homens, no entanto, com a descoberta do fórceps e da fisiologia feminina, que permitiu maior controle do parto, realizando encurtamento e indução do trabalho de parto, começou-se a crescer a popularidade de um acompanhamento obstétrico (Picheth; Crubellate; Verdu, 2018).

Nesse sentido, o parto no ambiente hospitalar é caracterizado por uso de tecnologias com o objetivo de torná-los mais seguro à mulher e ao recém-nascido, esses avanços contribuiram para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatais. No entanto, existem, muitas vezes, o uso inadequado ou excessivo de

intervenções como episiotomia, caracterizada como uma incisão no períneo afim de aumentar a abertura vaginal, o uso de ocitocina, levando com que se crie no imaginário da mulher que o parto normal é doloroso.

Isto posto, a cesariana melhorou os índices de morbimortalidade materna e fetal, associada a outras melhorais na assistência à saúde, como demonstrado em estudo ecológico realizado entre 1999 e 2015. Isso resulta em queda nos índices de mortalidade por causas maternas em 56% e as neonatais, em 56,7% (Souza *et al.*, 2018). Contudo, é evidenciado na literatura que o seu aumento sem indicação real tem consequências negativas. Um estudo demonstrou as consequências negativas das cesáreas desnecessárias ou eletivas, associando a desfechos perinatais ruins para as mães, *near miss* (morte materna) e óbito fetal, principalmente por causas respiratórias ao nascer (Leal *et al.*, 2018). Assim, o risco deve ser aceito quando é realmente necessário o uso dessa cirurgia.

Para avaliar as práticas de condução à assistência ao parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um manual com o intuito de apenas utilizar intervenções que não levarão prejuízos à mulher ou ao feto, com adoção de cuidados de maternidade respeitosos, cuidados organizados e prestados a todas as mulheres. Prezam-se assim a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus-tratos e permitindo autonomia da mulher para escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018).

Para garantir os direitos das mulheres à saúde, muitas políticas foram criadas e atualizadas, no entanto a maioria se preocupava com as questões reprodutivas e sociais. O divisor de águas aconteceu em 1984, quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que versou sobre a integralidade da assistência, evidenciando o planejamento familiar, e pela primeira vez se iniciaram ações voltadas para o controle reprodutivo (Souto; Moreira, 2021), demonstrando a autonomia da mulher em decidir sobre seus corpos.

Mais tarde em 2004, esse programa contribuiu para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), até então vigente no país, que divide a assistência em saúde em linhas de cuidado, respeitando a integralidade da mulher (Souto; Moreira, 2021). Assim, essa política objetiva a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde, atingindo as mulheres em todos os ciclos de vida e respeitando os distintos grupos populacionais. Desde então, a humanização do

parto e a redução da morbimortalidade da mulher por causas evitáveis tem sido ponto de pauta na atenção à saúde da mulher (Brasil, 2004).

Com o intuito de efetivar as políticas de saúde da mulher no Brasil, no que tange ao ciclo gravídico e puerperal, houve os incentivos da inserção de enfermeiros obstetras na assistência ao parto entre os anos de 2002 e 2011, além da criação dos Centros de Parto Normal (CPN) em 1999. Estes atendiam a grávidas de risco habitual e sem distocias, tendo a maioria dos seus partos atendidos por enfermeiros e obstetras e tinham como objetivo atender às mulheres com respeito e humanização, baseando a assistência em evidências científicas. Dados de 2020 evidenciam um total de 240 centros desses no Brasil (Da Silva; Gomes; De Jesus Ribeiro, 2022).

Com o crescimento das discussões acerca da humanização, em 2000, a partir da criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN - MS), oficializou-se a prática do parto de risco habitual pelos enfermeiros obstetras, assim, o objetivo primordial desse programa é melhorar o acesso das mulheres ao parto, oferecendo cobertura de qualidade da assistência a gestante e RN, respeitando os princípios do Sistema Único em Saúde (SUS) de integralidade, equidade e universalização (Brasil, 2000).

Quando se analisa o modelo de atenção ao parto no Brasil, é possível perceber excessivas intervenções obstétricas, algumas que quando realizadas rotineiramente não trazem benefícios e ainda resultados desfavoráveis para o binômio mãe e filho. Em vista de melhorar essa realidade, foram instituídos dois programas de melhorias a atenção ao parto e ao nascimento, a Rede Cegonha, lançado em 2011 no setor público, e o Parto Adequado, no setor privado (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha foi instituída para cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada nos processos de gravidez, parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Além disso, deve garantir respeito e proteção aos direitos humanos e à diversidade cultural, étnica e racial, promovendo a equidade (Brasil, 2011). Tem-se ainda o objetivo de melhorar os índices de morbimortalidade materna e qualidade da assistência e reduzir a violência obstétrica.

No setor privado têm-se o projeto Parto Adequado lançado em 2015 pela Agência Nacional e Saúde Suplementar (ANS), com cooperação técnica do Institute for Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), e apoio do Ministério da Saúde, visa reduzir os índices de cesarianas através da governança, empoderamento

das mulheres, monitoramento de indicadores, e reorganização da estrutura e processos de cuidado (Leal *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o enfermeiro é competente para atuar no parto, conforme disposto pela lei do exercício profissional nº 7498/86, que aborda a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhando a evolução do trabalho de parto e realizando o parto normal quando na ausência de distocias, identificando-as e tomando as providências até a chegada do médico (COFEN, 1986).

Partindo do pressuposto de que a competência é a capacidade de aplicar conhecimentos específicos, habilidades e valores para desempenhar adequadamente alguma atividade, assim a aquisição e consolidação de competências vão se construindo durante todo o processo formativo (Lima *et al.*, 2017). Nesse contexto, o profissional deve ser capaz de avaliar a parturiente, identificando possíveis complicações ou riscos durante o trabalho de parto, manejando a gestação, TP, parto e nascimento e puerpério, além de planejar e implementar estratégias que possam ajudar as mulheres a vivenciarem o parto com mínimos medos e ansiedade, mantendo a autonomia da mulher. (Ramos *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2019).

Com isso, em 2016, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou, por meio da Resolução nº 516/2016, a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestações de risco habitual e ao RN nos centros de parto normal ou casas de parto, conduzindo o processo da admissão até a alta. Assim, o enfermeiro deve adotar uma prática baseada em evidências, como a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, autonomia da mulher para escolher a posição de parto, preservação da integridade perineal no momento da expulsão do feto, contato pele a pele da mãe e RN e apoio à amamentação na primeira hora de vida, respeitando sempre as especificidades étnico-culturais da mulher (COFEN, 2016).

Portanto, é atuação do enfermeiro obstetra, obstetrix e enfermeiro a identificação de complicações no parto e tomada das providências cabíveis até a chegada do médico, devendo intervir respeitando a sua capacidade técnico-científica garantindo a segurança da mãe e RN (COFEN, 2016). O enfermeiro é habilitado ainda, desde que possua capacitação específica, a realizar ultrassonografia obstétrica, porém é vedada a emissão de laudo (COFEN, 2020).

No bojo dessa discussão, salienta-se que é dever ético também do profissional médico, que realizará o parto normal sem e com distocias e o cesáreo, atender à saúde do ser humano, com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (CFM,

2019). Assim, esse profissional deve atuar com base em evidências científicas, auxiliando o parto das mulheres, com uma assistência livre de imperícia, negligência e imprudência.

A imperícia vem do latim *imperitia*, que significa não ter capacitação para o exercício de alguma profissão ou de uma arte, relaciona-se ainda com desconhecimento, inexperiência, inabilidade, que são exigidos para atividades específicas. A imprudência seria o descuido, prática precipitada de alguma atividade, resultando em consequências já previstas, muitas vezes acontece por excesso de confiança do profissional, que despreza regras de cautela. A negligência, originada do latim *negligentia*, relaciona-se com atitudes profissionais de descuido, falta de diligência, desatenção e desídia, com falta de observação aos deveres que eram obrigatórios ao profissional (Carboni; Reppetto; Nogueira, 2018).

Assim, foi realizado um estudo documental concluindo que a assistência no local da pesquisa segue as boas práticas e o cuidado humanizado. Demonstrou-se ainda que a assistência ao parto de risco habitual realizada pela Enfermeira Obstétrica possui características como respeito, conhecimentos, busca de evidências científicas, no intuito de fortalecer cada vez mais a profissão e valorizar a qualidade da assistência prestada (Ramos *et al.*, 2018).

Há na literatura estudos que consolidam a importância do enfermeiro obstetra na assistência ao parto. Uma revisão sistemática demonstrou que a atuação desses profissionais transcende o modelo hospitalocêntrico, apresentando outros cenários como opções seguras ao parto e nascimento de risco habitual. Além disso, sua inserção no ambiente hospitalar promove mudanças no modelo assistencial vigente, atuando de forma transformadora a vivência do parto, a partir da adoção de tecnologias de cuidado e parir. Dessa forma, a presença desses profissionais nos serviços deve ser estimulada visando à redução de intervenções obstétricas e qualificação da assistência (Dulfe *et al.*, 2022).

Apesar de muito se ler sobre a humanização no parto, percebeu-se na literatura que a assistência humanizada é mais relatada no pré-natal do que na atuação do enfermeiro no processo de parturição em si. No entanto, perceberam-se vários benefícios do enfermeiro obstetra, desde a prática do favorecimento para um ambiente propício a redução da ansiedade e o medo nas mulheres em trabalho de parto, além da oferta e aplicabilidade de técnicas para amenizar as dores e possíveis complicações nos períodos do parto (Silva *et al.*, 2018).

3.2 Bem-estar da mulher em trabalho de parto uma abordagem da deontologia e da bioética principialista

Estudo realizado por meio de questionário contendo informações sobre o atendimento ao parto, baseado nas recomendações da OMS, identificou ocorrências de práticas que devem ser estimuladas, como: cuidado com a privacidade da mulher; a participação do acompanhante, escolhido pela gestante, em todo o processo do TP; utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor; contato pele-a-pele entre a mãe e o RN e amamentação na primeira hora de vida. As práticas que devem ser excluídas da assistência são: transferência da mulher durante o período expulsivo para a sala de parto, a posição litotômica no momento do nascimento, exceto se for de desejo da mulher, o jejum no trabalho de parto, punção venosa de rotina, toques vaginais em curto espaço de tempo e por mais de um profissional (Apolinário *et al.*, 2016).

Nesse contexto, quando o profissional de medicina e o de enfermagem propiciam um atendimento embasado em práticas reconhecidamente benéficas, que devem ser estimuladas, conseqüentemente aumentam as possibilidades em atingir a sensação de bem-estar pela mulher em processo de parturição.

Com isso, o Bem-Estar Subjetivo (BES) pode ser dividido em duas perspectivas: os emocionais e os cognitivos, o primeiro está associado à sensação de o quão felizes as pessoas podem ser, avaliando os aspectos emocionais (emoções positivas e negativas); e o segundo os cognitivos, que avaliariam o quanto satisfeitos com a vida estão as pessoas, a partir de aspirações e desejos pessoais (Teixeira *et al.*, 2019; De Carvalho; Veiga, 2020). Reitera-se que o bem-estar é um indicador importante na saúde mental e essencial para as fases da vida, uma vez que, quanto mais felizes as pessoas estão, mais propensas a serem saudáveis, no contexto do parto, melhor será a formação do vínculo com o RN e menor a probabilidade de depressão pós-parto.

Uma vez que no pós-parto se torna importante a avaliação da mãe quanto à depressão pós-parto, a qual deve ser diferenciada dos *babies blue*, condição na qual a mulher apresenta choro, tristezas, irritabilidade e reatividade emocional, condição transitória que cessa espontaneamente, atingindo 75% das mães (Schmidt *et al.*, 2018).

Outrossim, o Bem-Estar Psicológico (BEP) consiste no enfrentamento humano em superar as dificuldades, surge como uma crítica ao BES, uma vez que o bem-estar não se esgota na satisfação com a vida. Assim o BEP está voltado para a autoavaliação, voltado para o sentido integral do ser-humano, envolvendo 06 dimensões: Autonomia;

Domínio do meio; Crescimento pessoal; Relações positivas com outros; Objetivos na vida; e Aceitação de si. (De Carvalho; Veiga, 2020; Dias *et al.*, 2020). Para a avaliação do bem-estar, pode-se propor a utilização do questionário World Health Organization 5-Item Well-Being Index (WHO-5) ou Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde, que possui versão validada para o Brasil por Souza e Hidalgo (2012).

As escalas supracitadas avaliam o Bem-Estar de forma geral, portanto, para este estudo, utilizar-se-á o conceito de bem-estar adaptado ao parto, proposto pela Pontificia Universidad Católica de Chile (2007), que conceitua como um fenômeno complexo multidimensional, dinâmico e interdependente de satisfação da mulher durante o processo de parturição, que são resultados de uma série de situações que se relacionam entre si, organizados em torno de um bom tratamento da assistência.

Isto posto, a gestação é um momento de transformação na vida das mulheres, sejam elas fisiológicas ou psicológicas. Por mais que essa mulher já tenha tido outras experiências, cada nova gestação se dá de uma forma, porque também está associada a presença ou não de riscos gestacionais e a realidade vivida por essa mulher. Nesse sentido, satisfação e bem-estar da mulher também estarão sujeitos ao nível de conhecimento e o contexto no qual a mulher está inserida, uma vez que as experiências construídas no imaginário da mulher impactarão nas suas escolhas.

A avaliação da qualidade nos cuidados de saúde é uma realidade atual, e, entre as várias dimensões da qualidade, a satisfação da paciente é um tema de especial relevância. O protagonismo da mulher visa garantir a autonomia nas escolhas durante o trabalho de parto e possibilita à mulher promoção de um pensamento reflexivo e crítico, evidenciando condições de avaliar as mudanças ocorridas na saúde, bem como de exercer a democratização (Alvares *et al.*, 2018). Observa-se que esses itens abarcam o preconizado na Rede Cegonha e na Política de Segurança do Paciente.

Assim, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído por meio da Portaria ministerial nº 529 de 1 de abril de 2013, que corrobora a assistência e promoção do cuidado em saúde livres de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência, oferecendo uma assistência com nível de efetividade, eficiência e baseado na melhor evidência possível. O Programa ocorre no direito das pessoas de não sofrerem riscos de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Brasil, 2013).

Com isso, uma análise conceptual construída em 2018 obteve como resultado a definição de satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem no hospital uma opinião pessoal que confronta as necessidades percebidas, expectativas de cuidados e

experiências de cuidados recebidos nos domínios profissional, pessoal e ambiental (Loureiro; Charepe, 2018).

Nesse contexto, essa satisfação tem sido utilizada como ferramenta de avaliação da qualidade de assistência em saúde, ligada ainda ao bem-estar, que refletirá na saúde mental dos indivíduos. Assim, quando as mães se tornam mais satisfeitas com o atendimento recebendo cuidado integral em saúde, poderá influenciar na minimização dos conflitos que possam surgir no puerpério e melhora o tempo de estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê (Silva *et al.*, 2020).

Para atingir essa satisfação com atendimento, os cuidados em saúde no trabalho de parto devem ser permeados de empatia entre os sujeitos envolvidos para que se possa efetivar o apoio emocional e criar vínculos afetivos, imprescindíveis ao desenvolvimento de práticas educativas em saúde que minimizem fatores de estresse (Alvares *et al.*, 2018).

Diante do exposto, na avaliação do bem-estar da mulher em situação de parto, utilizando Escala de Bem-estar materno em situação de parto BMSP2 – versão brasileira abreviada, adaptado e validado no Brasil pelos estudos de Jamas (2021), pode-se observar problemas éticos encontrados, uma vez que, quando existe a insatisfação da puérpera com um dos itens da escala, infere-se que aquela recomendação não está sendo observada pelos profissionais da saúde.

Partindo do pressuposto de que problema ético pode ser definido como desafios que exigem melhor conduta para a solução, faz-se com que os profissionais reflitam sobre suas atitudes éticas na prática da saúde (Junges *et al.*, 2014). Um problema ético abrange aspectos, questões ou implicações éticas de ocorrências comuns, corriqueiras na prática da atenção à saúde. Assim, o profissional da saúde deve conduzir a reflexão acerca dos problemas oriundos da assistência, conduzindo a resolução da forma que mais respeitar os princípios bioéticos e a deontologia. O problema é diferenciado do dilema, pois esse propõe apenas duas soluções, sendo elas antagonistas entre si (Junges *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a literatura evidencia várias situações que ocorrem com a mulher no momento do trabalho de parto, afetando sua integridade física e moral, negligência, maus tratos físicos, psicológicos e verbais. Sendo assim, é imprescindível a reflexão dos profissionais quanto à conduta ética no parto (Estumano, 2017).

Estudo realizado em unidades hospitalares com os profissionais de saúde apontou como problemas éticos aqueles decorrentes do trabalho interdisciplinar e nas relações com a paciente. No primeiro grupo estavam os problemas relacionados à não compreensão do trabalho do outro membro da equipe; a falta de coesão entre ações e

procedimentos da equipe de profissionais e a existência de uma disputa de poder sobre o conhecimento técnico-científico. No grupo das relações com a paciente, foram relatados problemas relacionados à discriminação quanto às escolhas da paciente e à exposição na prática em saúde de outros casos vivenciados. Essa análise dos problemas éticos reforça a importância de fomentar reflexões sobre a necessidade da formação do profissional pautada nas competências éticas (Montenegro *et al.*, 2016).

Assim, pode-se conceituar problema ético no parto e puerpério imediato como atitudes que afetem a integridade física e moral, que tragam prejuízos a mulher e familiares e a falta de trabalho em equipe que venham a causar danos na relação com a assistência. Com isso, ao analisar os itens que constituem a escala de BMSP2, disposto no Quadro 1, observam-se alguns problemas éticos citados na literatura, quando considerado insatisfatório pela puérpera.

Quadro 1. Itens da escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto (BMSP2).

Dimensões	Itens
Cuidado oportuno e respeitoso	1-Fui informada cada vez que me administravam algum medicamento.
	2-Se preocuparam em cuidar da minha privacidade e de outras mulheres que viveram a experiência do parto junto comigo.
	10-Senti que as pessoas que me atenderam conheciam e faziam bem o seu trabalho.
	12-Em todos os lugares onde estive, a iluminação era adequada.
	16-As pessoas que me atenderam se relacionaram bem comigo.
Qualidade do relacionamento durante o cuidado	4-Durante todo o processo de parto, os profissionais me orientaram, me disseram o que fazer e me encorajaram.
	6-Acho que fui bem atendida, de maneira muito profissional.
	7-Senti-me sempre acompanhada por algum profissional.
	8-Todas as vezes que precisei, pude estar com meu parceiro ou outra pessoa importante para mim.
	11-Pude dispor de anestesia sempre que precisei.
	13-Observei ordem e limpeza em cada um dos lugares onde estive.
	14-Senti que os procedimentos que realizaram em mim foram feitos corretamente.
Condições que	3-Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento.

propiciam o contato mãe e filho	5-No momento do parto e logo após o nascimento do meu bebê, pudemos estar em contato pele a pele.
	9-Os profissionais que me atenderam foram cuidadosos e respeitosos, sem invadir minha privacidade nos momentos em que queria ficar tranquila.
	15-Sempre foi observado um tratamento respeitoso por parte do pessoal de saúde.

Fonte: Jamas *et al.*, 2021.

Na dimensão *cuidado oportuno e respeitoso*, observam-se itens relacionados com a comunicação sobre o tratamento informando à mulher sobre as medicações administradas, privacidade, relacionamento entre paciente e profissional e ambiência da estrutura física. A segunda dimensão, *qualidade do relacionamento durante o cuidado*, descreve itens sobre ordem e limpeza nas unidades, sobre orientação e encorajamento profissional e utilização de medidas farmacológicas de alívio da dor; na última dimensão, sobre as *condições que propiciam contato mãe e filho*, observam-se itens sobre o tratamento respeitoso dos profissionais e os cuidados ao RN respeitando o contato pele a pele e a *Golden Hour* da amamentação.

Diante do exposto, ao se analisar a literatura, observaram-se as atitudes mais frequentes na atenção à mulher em TP, como atitudes negligentes, grosseiras pelos profissionais, não permitir a entrada dos acompanhantes, procedimentos invasivos e farmacológicos desnecessários, amarrar a parturiente na maca, induzir o parto, escolher a posição que a mulher deve parir quando parto normal, não permitir ou incentivar a amamentação na primeira hora, episiotomia desnecessária, uso de ocitocina de modo rotineiro, discriminação quanto a etnia, uso de tricotomia, fórcepe, restrições hídricas e alimentares, manobra de Kristeller, exames de toques frequentes (Estumano *et al.*, 2017). Itens avaliados também na escala BMSP2.

Nesse sentido, é notória necessidade de acompanhamento da mulher no pré-natal por uma equipe multiprofissional, divulgando as medidas não farmacológicas da dor, bem como disponibilizando profissionais que possam ofertar essa assistência, como as doulas, profissional que dá à gestante apoio emocional e físico desde a gravidez até o momento do parto. No entanto, nem todas as unidades de saúde aceitam a entrada dessa profissional. As doulas tiveram sua atividade reconhecida em 2013, porém existe muito desconhecimento sobre seu papel no cenário de parto (Silva; Russo, 2019). Em vista da mudança desse cenário, o Senado aprovou, em março de 2022, um Projeto de Lei (PL

3946/2021) para a regulamentação dessa profissão e inserção desta nas unidades de assistência ao parto (Brasil, 2021).

Em relação ao acompanhamento no parto, é recomendada pela OMS desde 1995 a presença de um acompanhante, e no Brasil, em 2005 foi sancionada a Lei 11.108/2005 que dispõe sobre a presença de um acompanhante no pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, da escolha da mulher, em todos os serviços de saúde (Brasil, 2005).

Em vista disso, ao analisar as recomendações para o parto seguro publicadas pela OMS em 2018 e ratificadas pelo Ministério da Saúde em 2021, abordam-se alguns itens da BMSP2 como a utilização de analgesia epidural nas mulheres que solicitarem. No entanto, afirma-se que medidas não farmacológicas de alívio da dor devem ser instituídas em primeira escolha. As técnicas de alívio da dor preconizadas são técnicas de relaxamento, música, compressas quentes, técnicas de distração e relaxamento, movimento, bola, toque, massagem e acupressão (OMS, 2018; Brasil, 2022). Ressalta-se que o profissional deve comunicar todas as opções disponíveis, vantagens e desvantagens e permitir à mulher autonomia para escolher.

Em relação à última dimensão da escala, as recomendações são de que os RN devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento para prevenir hipotermia e promover a amamentação, recomendando-se ainda que todos que são capazes de amamentar, incluindo os com baixo peso ao nascer, devem ser colocados no peito o mais rápido possível, respeitando a *Golden Hour* (OMS, 2018; Brasil, 2022).

Em relação ao item 7 da escala, estudo realizado demonstrou que 95,20% da população analisada podia estar com o parceiro ou outra pessoa importante. Conclui-se que houve um aumento significativo de acompanhante no período, no entanto ainda são observadas mulheres que vivenciam no setor público esses momentos sozinhas e afastadas das pessoas de sua escolha. Isto posto, são listados os benefícios das mulheres que possuem acompanhantes como: menor duração do trabalho de parto, menor proporção de cesarianas e menor uso de analgesia; violência no parto e mais satisfação com a assistência recebida (Leal *et al.*, 2019).

Outro item que pode ser analisado na escala BMSP2 versa sobre a comunicação no momento da administração de medicamentos, relacionado também com a Segurança da Paciente, que reitera a importância de checagem da medicação no eixo sobre melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, que visa garantir que os medicamentos sejam prescritos, administrados pela via correta, na dose certa, para

o paciente correto, prevenindo o risco da administração inadequada do medicamento (COREN-SP, 2022).

No bojo dessa discussão, podem-se perceber na literatura outros problemas éticos, como a escolha do parto nem sempre feita pela mulher, e as motivações para o aumento da cesárea, que estão relacionadas com a cultura dos profissionais, uma vez que estudo inferiu a dificuldade em modificação de condutas por parte dos profissionais, além da centralidade dos médicos no momento do parto e falta de autonomia de outros profissionais que acompanham a mulher no trabalho de parto. Nesse estudo, houve a contribuição das mulheres ao afirmar que faltam na rede de assistência profissionais capacitados para atendimento integral e humanizado, que pautem as condutas em evidências científicas, deixando de lado os mitos culturais, conceito, preconceitos e paradigma assistenciais ultrapassados (Vidal; Barreto; Rattner, 2020).

Outro ponto de relevância relaciona-se a problemas na assistência do parto no Brasil, como a escolha da via de parto, uma vez que os dados mais recentes disponíveis indicam um percentual de 57,01% de cesáreas para o ano de 2021 e os dados preliminares para 2022, 58,15%, cesarianas no Brasil (Brasil, 2021). Isso refuta a indicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de cesáreas estarem na faixa entre 10 e 15%, valores maiores não contribuiriam para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. No entanto, no contexto brasileiro, estima-se que a taxa de referência esteja em torno de 29% (Brasil, 2015).

Diante do supracitado, emergiu da revisão integrativa publicada em 2020 a identificação de que a maioria das cesáreas acontece no setor privado ou saúde suplementar, sendo motivadas por maior comodidade das mulheres em relação ao agendamento do parto. No entanto, nenhuma encontrou resistência da equipe em saúde para mudança da via de parto. Em contrapartida, nas unidades públicas de saúde, a taxa de cesárea é menor, porém, são as mulheres que mais sofrem violência no parto (Rocha; Ferreira, 2020).

Outra atividade, regulamentada pelo Parecer nº 39 de 2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é o pagamento duplo de honorários para o acompanhamento presencial do trabalho de parto pelo obstetra do pré-natal, desde que não esteja de plantão no dia e que tenha sido acordado com a gestante na primeira consulta (CFM, 2012). Essa conduta pode aumentar a ocorrência da cesárea, uma vez que muitas mulheres que já arcam com os valores da saúde suplementar podem não desejar ou não ter orçamento disponível para pagar a taxa, o que conseqüentemente poderá levá-la à escolha de uma cesárea eletiva.

Corroborando esses achados, dados de uma investigação encontraram que existe uma maior hegemonia médica na condução do parto, com relação assimétrica, uma vez que as mulheres não questionam a indicação da via de parto em decorrência da posição hostil e soberba dos profissionais, fazendo com que elas não participem ativamente da escolha do parto. Outrossim, a dor foi o motivo mais referido para a escolha da cesárea, sendo encontrada uma positividade de 51,4% para motivar a cesárea (Frank *et al.*, 2021). Com isso, muitas mulheres que não tinham a cesárea como opção inicial escolheram-na por conta da dor, por desconhecerem as medidas não farmacológicas para alívio ou falta de apoio psicológico durante o processo e medo de sofrerem violência obstétrica (Rocha; Ferreira, 2020).

Isto posto, fica evidente a necessidade de melhorar a transmissão de informações para que a mulher possa decidir qual melhor via de parto, efetivando assim a humanização da assistência ao parto.

Embora existam todas essas preocupações em relação ao parto normal, um estudo de Frank *et al.* (2021) referiu que 76,3% das parturientes expressaram o desejo por essa via de parto, motivadas pelos seus benefícios e pela rápida recuperação, desejando serem protagonistas desse momento. No entanto, foram relatados motivos que as fazem temer o parto normal, como demora em nascer, o sofrer em vão no trabalho de parto e ter que ir para uma cesárea, assim como a aversão pela episiotomia (Frank *et al.*, 2021).

Diante disso, espera-se que no momento de pré-parto, parto e puerpério imediato, a mulher tenha confiança e segurança no profissional, assim é importante incentivar a autonomia da mulher, garantindo-lhe liberdade de escolha, podendo o profissional interferir apenas nas questões realmente necessárias. Nesse ponto, discute-se sobre a violência obstétrica caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres, sendo considerado um problema ético (Estumano *et al.*, 2017).

Assim, a violência obstétrica pode ser vivenciada de diversas formas, uma revisão de literatura evidenciou que as violências podem ser vivenciadas de diversas formas, como: tratamento desrespeitoso, com maus-tratos, bem como falas grosseiras, que expõem as mulheres ao constrangimento, tratamento autoritário e hostil, culpabilização da mulher, imposição de decisões, fornecimento de informações duvidosas ou falta de informação, realização de toques vaginais repetitivos ou agressivos, que provoquem dor, cirurgia cesariana sem necessidade, manobra de Kristeller, toques sem luvas, exposição sem necessidade de partes do corpo ou sem o consentimento da mulher, peregrinação pelo

atendimento, infraestrutura inadequada, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos à parturiente, cobrar pelo atendimento ao parto normal e a discriminatória ao depreciar ou negar o atendimento por preconceito racial ou social ou por alguma condição socioeconômica da mulher (Souto *et al.*, 2022).

Diante de tais discussões, é imperioso que os profissionais de enfermagem e medicina que assistem ao parto levem em consideração todas as evidências científicas, atendendo às parturientes, respeitando seus códigos de ética que instituem o atendimento à paciente.

Em relação ao Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, descrito na Resolução nº 564/2017, observa-se nos seus artigos no capítulo sobre os deveres, que o profissional de enfermagem deve (COFEN, 2017):

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

O profissional médico tem descrito no seu código de ética – CFM (2019) alguns artigos sobre a proteção do direito da paciente, como explícito no capítulo sobre relação com a paciente em que é vedado “Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”.

Nesse contexto, quando situações ultrapassam a deontologia, emerge a bioética como um instrumento da ética que busca o respeito aos valores morais e ainda visa promover reflexões sobre os conflitos que podem vir a acontecer na prática profissional, compreendendo ainda o limite sobre sua atuação (Schlemper Junior, 2018).

Isto posto, bioética é estudo sistemático da conduta humana e contém princípios para várias condutas éticas profissionais contidas nos códigos de ética, abrindo espaço para a reflexão dos profissionais acerca de sua prática, considerando a ética aplicada ao cuidado, sendo crucial para o cuidado com qualidade e segurança.

A bioética foi citada pela primeira vez por Fritz Jahr em 1927, sendo difundida mais tarde por Potter, que a caracterizou como ciência da sobrevivência entre a ciência e

a humanidade, limitando os avanços tecnológicos. Os estudos bioéticos levam reflexão e discussão acerca dos problemas identificados no exercício profissional (Goldim, 2006).

O princípalismo é a corrente mais aceita na bioética, guiando as decisões de problemas e dilemas éticos baseados nos seus quatro princípios, referidos pelos autores Beauchamp e Childress em seu trabalho de 1978 Princípios da Ética Biomédica. Seus princípios são identificados como *autonomia*, em que se preserva a decisão da paciente, exceto para aqueles com autonomia limitada, como as crianças e os idosos; *não maleficência*, caracterizado por não fazer o mal; *beneficência*, não apenas deixar de fazer o mal, mas que sua ação seja voltada para o bem da pessoa; e *justiça* que seria associada a distributiva, fazendo mais para quem mais necessitar (Beauchamp; Childress, 2001).

Associado a esses princípios podem-se referir ainda os referenciais bioéticos, como veracidade, sigilo e confidencialidade, alteridade, espiritualidade, solidariedade e cuidado respeitosos. Estes precisam permear os cuidados em saúde de pessoas, pautados em presença respeitosa escuta sensível (Schlemper Junior, 2018).

Portanto, no trabalho de parto, a beneficência pode ser vista em promover benefícios ao paciente tanto nos aspectos fisiológicos quanto psicológicos, tornando a experiência satisfatória (Dos Santos *et al.*, 2019). Com isso, ao respeitar esse princípio na atuação ao parto, o profissional irá conduzir a assistência guiada pelas boas práticas recomendadas.

A autonomia parte do respeito às decisões da paciente, disponibilizando informação e as opções ao acompanhamento. A partir disso, a mulher poderá fazer escolhas embasadas nas boas práticas recomendadas (Dos Santos *et al.*, 2019). Além disso, a valorização do paciente se faz necessária, respeitando suas crenças e seus saberes, associando-os aos cuidados necessários ao parto.

O princípio da não-maleficência, se baseia no princípio hipocrático de *primum non nocere*, em dizer que antes de tudo não se deve fazer o mal. Assim, o profissional da saúde não deve usar seus conhecimentos para levar prejuízos ao enfermo, comunicando ao paciente as alternativas disponíveis bem como suas vantagens e desvantagens, buscando sempre alternativas que propiciem benefícios (Castillo, 2021).

Ao respeitar os princípios bioéticos, o profissional estará ainda instituindo medidas de humanização no parto, que é preconizada pelo MS desde 2000. O programa de humanização do pré-natal e nascimento foi criado pelo MS por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, para incentivar o parto natural, com o mínimo de intervenção,

deixando de existir intervenções desnecessárias que não beneficiam nem a gestante e nem o neonato (Brasil, 2000).

Assim, quando se adotam condutas que promovam as boas práticas em saúde, além de parto e nascimento saudáveis, respeita-se a fisiologia do parto, evitando condutas desnecessárias, alcança a humanização do parto. Portanto, a humanização respeita os direitos humanos, de dignidade e respeito à vida, esse último considerado princípio universal que deve ser respeitado por todos. Nesse contexto, a atuação da equipe de saúde deve estar pautada em acolhimento de qualidade, apoio, suporte afetivo, emocional, psicológico e fisiológico para a parturiente e acompanhante, permitindo à mulher protagonizar seu parto respeitando fisiologia e desejo de cada mulher (Dos Santos *et al.*, 2019, Corvello *et al.*, 2022).

Diante do exposto, o parto humanizado deve ser aquele que vai além do respeito às técnicas que ajudam a mulher a parir, todavia assegurando um cuidado integral, permitindo escolhas da mulher, como o tipo de parto, intervenções que podem ser utilizadas, as posições de parir, presença de acompanhante e liberdade para se expressar em todos os momentos do parto. Assim, a garantia das leis e boas práticas recomendadas no parto, pode ser vista como fazer o bem, a justiça e a autonomia, sendo todos princípios bioéticos (Dos Santos *et al.*, 2019).

Portanto, quando a literatura evidencia a ocorrência de problemas éticos, percebe-se a inobservância aos princípios bioéticos, fomentando essas discussões em defesa dos princípios éticos que assegurem o direito das mulheres ao acesso à saúde, com justiça, equidade e autonomia no atendimento, em busca dos benefícios terapêuticos, direcionando condutas para um cuidado integral e humanizado.

Destarte, o agir fundamentado na bioética possibilita a mediação de intervenções médicas durante o parto, como o uso de medicamentos para indução ou aceleração do parto, episiotomia e cesariana. Respeita-se assim a beneficência, considerando os riscos e benefícios para decidir alguma intervenção no parto. Com enfoque da humanização no parto, busca-se valorizar a experiência da mulher, sua privacidade, garantindo um ambiente respeitoso, encorajando a presença do acompanhante de sua escolha e evitando práticas invasivas ou humilhantes.

Por fim, a equidade no acesso à assistência é uma preocupação da bioética, respeitando o princípio da justiça na garantia de que todas as mulheres tenham acesso de qualidade à assistência ao parto, independentemente de sua situação socioeconômica, etnia ou localização geográfica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se aqui de um estudo transversal, descritivo, de caráter observacional e abordagem qualitativa e quantitativa.

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário de pesquisa foi um Hospital Municipal no sudoeste da Bahia. Essa cidade, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), possui uma população estimada de 348.718 habitantes, distribuída em doze distritos, sendo aproximadamente 87% destes residentes na zona urbana (PMVC, 2012).

O hospital campo de estudo teve a sua municipalização em 2001 e atualmente presta serviços para 76 municípios pactuados no sudoeste da Bahia e norte de Minas Gerais, com pronto atendimento em obstetrícia, atendimento especializado em casos de gestação de alto risco, centro obstétrico, UTI neonatal (a primeira na Bahia de caráter público), semi-intensiva, unidade de cuidado intermediário neonatal Canguru, banco de leite humano, sala de estabilização neonatal, pronto socorro pediátrico, ambulatório para a realização de pequenas cirurgias eletivas, Centro Diagnóstico por Imagem (CDI), além de centro para cirurgias ginecológicas e pediátricas (PMVC, 2021). Ressalta-se que o hospital possui o selo de qualidade Hospital Amigo da Criança, conferido pelo Ministério da Saúde em 2002, por apoiar e incentivar o aleitamento materno.

A unidade hospitalar possui local de pré-parto e parto, com 08 boxes para duas parturientes e seus acompanhantes, em que uma ficava no leito fixo e outra em leito móvel, tipo maca, totalizando 16 leitos. Além disso, existiam 04 poltronas externas e 03 boxes de consultório médico. Estes consultórios às vezes tinham seus atendimentos suspensos para serem utilizados como local de parto normal. Não estava disponível a sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), no entanto existe um local em construção para atender a essa demanda. Assim, até o momento da pesquisa, as mulheres que davam à luz eram realocadas no alojamento conjunto, junto com seus recém-nascidos, e ficavam internadas rotineiramente por 24h para parto normal e 48h para os cesáreos.

Já o alojamento conjunto conta com 17 enfermarias, sendo duas possuindo lado A e B, compostas por 03 leitos cada. Os internamentos são distribuídos assim: primeiros leitos com gestantes de alto risco, pós cirúrgicos e os demais com o binômio mãe e filho.

Quanto a equipe, no pré-parto e parto possui 01 enfermeiro e 04 técnicos de enfermagem nos plantões, que são divididos em manhã e tarde e 01 enfermeiro e 03 técnicos de enfermagem no serviço noturno. Na assistência médica, são 02 ginecologistas-obstetras de plantão e 01 residente (R1, R2 ou R3) com escalas de 12h (serviço diurno e serviço noturno). Já no alojamento conjunto, têm-se um enfermeiro para as demandas assistenciais e gerenciais, sete técnicos de enfermagem e os obstetras prescritores que passam todos os dias.

O fluxo na unidade acontece com início na admissão, com a realização da ficha e posteriormente a classificação de risco pelo acolhimento, em seguida a gestante segue para a avaliação da Ginecologista Obstétrica. Vale ressaltar que, na unidade, os enfermeiros realizam o parto normal sem distocias.

4.3 População e Amostra do estudo

A amostra foi do tipo conveniência, composta por puérperas que estavam no alojamento conjunto. A coleta ocorreu no período de janeiro a maio de 2023.

Os critérios de inclusão foram: possuir 18 anos ou mais de idade; permanecer no mínimo 4h em trabalho de parto em qualquer unidade dentro da maternidade, para terem vivências de assistência no local do estudo; ter acima de 4 anos de estudo, uma vez que a escala utilizada foi autoaplicável e ter seu parto realizado por Ginecologista Obstetra ou Enfermeira Obstetra. O critério de exclusão foi: mulheres que realizaram o parto por cesáreas programadas, visto que não seria possível avaliar o momento de trabalho de parto uma vez que essas mulheres têm seu parto antes de entrar em trabalho de parto e mulheres que não estavam emocionalmente estáveis para responder ao questionário.

Após busca no DATASUS por meio das AIH no hospital campo de estudo, foram realizados 1003 partos por via vaginal nos meses de março a junho de 2021. Assim, a amostra definida *a priori*, fundamenta-se nos parâmetros: $\alpha=0,05\%$, IC=95%, nesse sentido, estimava-se que seria realizada a avaliação de 278 puérperas durante o período de coleta, que responderiam ao questionário sociodemográfico e ao BMSP2. No entanto, durante o período, foi realizada a participação de 396 mulheres.

Ressalta-se que, das participantes que responderam aos instrumentos, foram selecionadas 16, a partir das incluídas na amostra total do estudo, até contemplada a saturação dos dados, que responderam à entrevista semiestruturada. Estas foram captadas, por conveniência do pesquisador, levando em consideração estarem sozinhas no alojamento conjunto para garantir conforto e privacidade das informantes ao responder às perguntas. Esse cuidado foi necessário, uma vez que a unidade não dispunha de local reservado para a realização das entrevistas.

Para garantir o sigilo das puérperas, seus nomes não serão mencionados e elas ganharão o número de ordem de resposta aos instrumentos. Os instrumentos ficarão sob guarda do pesquisador principal por no mínimo 5 anos. Após esse período, serão incinerados, como prevê a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde – CNS.

4.4 Instrumento e Técnica de coleta de dados

As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, e que concordaram em participar do estudo, foram avaliadas quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e condições de bem-estar e satisfação da mulher com o trabalho de parto, utilizando-se para a coleta de dados um formulário sociodemográfico e obstétricos e o instrumento de pesquisa – Escala de Bem-estar materno em situação de parto BMSP2 – versão brasileira abreviada (Anexo A) adaptado e validado no Brasil pelos estudos de Jamas et al. (2021).

A escala possui 16 afirmações relacionadas às atitudes dos profissionais na assistência ao parto que fizeram as mulheres se sentirem bem ou mal. Os dados foram avaliados através da escala tipo Likert de 1 a 5. Nelas, a mulher responde ao grau que concorda ou discorda com as afirmações. As respostas partiram de 1= discordo totalmente até 5= concordo totalmente, o nível de resposta intermediário foram 2= discordo, 3= não concordo nem discordo e 4= concordo.

A escala BMSP2 possui três domínios (Cuidado oportuno e respeitoso; Qualidade do relacionamento durante o cuidado e Condições que propiciam o contato mãe e filho), e os resultados são obtidos por meio da soma dos escores de todos os itens. A partir da soma dos escores, é possível obter três níveis de bem-estar: ótimo bem-estar (pontuação >63); adequado bem-estar (pontuação entre 55 e 63) e mal-estar (pontuação < 55) (Jamas, 2021).

O bloco II do instrumento foi aplicado por meio de entrevista (Apêndice D), gravados em meio digital, após autorizado pelas participantes do estudo. Salienta-se que

as mulheres escolhidas para a entrevista responderam primeiro a essa parte, para posteriormente ao questionário, para não incidir em manipulação da fala a partir das questões abordadas no questionário autoaplicável.

4.5 Análise de dados

4.5.1 ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVA

Os dados foram tabulados no software *Excel* e analisados via SPSS v.25. A análise de Regressão Logística Multinomial foi realizada considerando o modelo preditivo das variáveis contextuais e marcadores sociodemográficos no nível de bem-estar de mulheres puérperas do hospital campo de estudo. Inicialmente, o pressuposto da multicolinearidade, natural da análise de regressão logística multinomial, foi testado. Trata-se da investigação da associação entre uma variável independente com as demais, que pode gerar sérias consequências no modelo preditivo (Hair *et al.*, 2009).

Neste estudo, dois métodos de investigação de multicolinearidade foram empregados, sendo o Fator de Inflação da Variância (ou do inglês, VIF), que avalia o grau em que uma variável independente é explicada pelas demais (Miloca; Conejo, 2013); e o nível de Tolerância, que apresenta o valor percentual da variância de uma VI que não é explicada por outras variáveis independentes do modelo preditivo (BIDO *et al.*, 2010). Valores do indicador VIF abaixo de 10,00 indicam ausência de multicolinearidade, enquanto o ponto de corte do indicador de Tolerância é de até 0,10 (Hair *et al.*, 2009).

Dois modelos preditivos foram testados, considerando como variável dependente (VD) o Bem-estar, calculada a partir dos escores da escala BMSP-2. No primeiro modelo, consideraram-se as variáveis: a) Cor da pele: Preta, branca, parda; b) Anos de estudo: De 5 a 8 anos, de 9 a 11 anos e de 12 a 16 anos; c) Religião: Católica, evangélica, espírita, candomblé, umbanda, ateia e outras religiões não informadas; d) Ocupação: Remunerada, do lar e estudante; e) Situação conjugal: Vive com o parceiro e não vive com o parceiro; e f) Faixa etária: Variável numérica de 18 a 45 anos. Este modelo foi denominado de *Modelo preditivo com marcadores sociodemográficos*.

Já o segundo modelo contou com as variáveis independentes (VI) do modelo de regressão logístico, considerou-se: a) Gravidez planejada: Sim ou não; b) Realização de pré-natal: Sim e não; c) Quantas consultas de pré-natal realizadas: Menos que 5 e 6 ou mais; d) Recebeu orientação sobre o parto: Sim e não; e) Via de parto: Vaginal, Cesáreo

e Fórceps; f) Escolha por vontade: Sim e não; g) Tipo de profissional: Médico, enfermeiro e não informado; h) Tempo pós parto: Menos de 12h, entre 12h e 48h, entre 2 e 5 dias e mais de 5 dias; i) Quantidade de filhos: 1º filho, 2 ou 3 filhos e mais de 3 filhos; j) Motivo do internamento: Pós-parto, motivo relacionado à mãe e motivo relacionado ao bebê; e k) Motivo da cesárea: Vaginal, TP não evoluiu, sofrimento fetal, posição transversal ou pélvica, alteração BCF, doenças maternas (HAS ou DM), outros motivos e motivos não informados. Este modelo foi chamado de *Modelo preditivo com variáveis contextuais*.

Além disso, para as variáveis “cor”, “religião”, “ocupação”, “via do parto”, “profissional que realizou o parto”, “motivo do internamento” e “motivo das cesáreas”, variáveis dummy foram criadas. Essa metodologia é comumente utilizada em modelos preditivos nos quais apresentam-se VIs categóricas nominais, ou seja, que não podem ser ordenadas (Valle; Rebelo, 2002). Neste sentido, novas variáveis foram criadas, codificadas como 1= presença e 0= ausência.

É importante ressaltar que os modelos preditivos consideraram $n-1$ variáveis dummy criadas para cada VI original, considerando que a inserção de todas as variáveis dummy de uma VI inseridas em um modelo preditivo podem acarretar problemas de multicolinearidade. Sendo assim, os modelos propostos foram testados anteriormente de maneira a evitar problemas de multicolinearidade.

4.5.2 ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVA

Para a análise qualitativa dos dados, as falas foram transcritas na íntegra, no software Microsoft Word 2010, gerando os dados que foram analisados para submissão da técnica de Análise de Conteúdo Mecanizada Lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). O referido programa oferece dois grupos de análises textuais, a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), e as análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude).

Como resultado do processamento, emergiu um *corpus* que incluiu todos os textos da entrevista transcritos sobre a percepção das puérperas acerca do trabalho de parto e parto. Para este estudo, consideraram-se os resultados que emergiram da Análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que evidenciou a análise das raízes lexicais e os contextos de onde resultaram as classes, de acordo com o segmento textual do *corpus* da pesquisa (Camargo; Justus, 2013). Os depoimentos das participantes foram

codificados a partir do número de ordem da UCE, e o valor da associação do teste qui-quadrado a determinada classe. Ex: (E 05, $x^2 = 419.90$).

4.6 Aspectos éticos e legais

O projeto foi apreciado quanto a viabilidade institucional pelo Comitê de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital campo do estudo (Anexo B). Após posse da autorização da instituição para a coleta, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), por meio da plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CAAE nº 57361022.8.0000.0055/Parecer nº 5.539.474 (Anexo C).

As participantes do estudo foram convidadas a colaborar e deram sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES A e B), ficando uma via com as participantes, após a assinatura do TCLE, e uma com a pesquisadora principal, e sua guarda por no mínimo cinco anos, como disposto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde – CNS (Brasil, 2016). As participantes que aceitaram ter suas entrevistas gravadas assinaram o Termo de Autorização para uso de imagens e depoimentos (Apêndice C).

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/2012 do CNS (Brasil, 2012), visando respeitar a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, além dos direitos dos pesquisadores e das participantes da pesquisa, garantindo sigilo, anonimato, e saída da participante em qualquer etapa da pesquisa, sem prejuízos físicos, psíquicos e morais. Outrossim, foram explicitados os riscos e benefícios a que as participantes estavam expostas, esclarecendo que a pesquisa não acarretaria nenhum dano aos participantes, caso ocorresse, seria de responsabilidade dos pesquisadores.

Destarte, foi referido às participantes que sua colaboração era de forma totalmente voluntária, não havendo despesas pessoais em qualquer fase do estudo e nem compensação financeira ou benefícios diretos relacionados à sua atuação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa foram apresentados em formato de manuscritos científicos, elaborados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão, como elencado abaixo:

Manuscrito 1 – Fatores clínicos do bem-estar de mulheres em parturição: perspectivas deontológicas e da bioética principialista- Revista de Enfermagem UERJ (Qualis A4)

Manuscrito 2 – Satisfação e bem-estar nas experiências de mulheres em parturição: aspectos bioéticos e deontológicos- Cadernos de Saúde Pública (Qualis A1)

Manuscrito 3 – Percepção acerca do trabalho de parto e parto à luz da bioética- Revista latino-americana de bioética (Qualis A3)

5.1

Fatores clínicos do bem-estar de mulheres em parturição: perspectivas deontológicas e da bioética principialista

Clinical factors of the well-being of women in parturition: deontological perspectives and principlist bioethics

Factores clínicos del bienestar de las mujeres en parto: perspectivas deontológicas y bioética principialista

Título abreviado: Ética, bioética e bem-estar no parto

Chrisne Santana Biondo^I; Sérgio Donha Yarid^{II}

Biondo CS, Yarid SD

^IEnfermeira. Mestra. Aluna do curso de doutorado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bahia, Brasil. E-mail: tity_biondo_enf@hotmail.com. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-0583-5491>.

^{II}Cirurgião-dentista. Doutor. Professor Adjunto. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bahia, Brasil E-mail: yarid@uesb.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002->

6447-0453.

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores clínicos associados ao bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto à luz da bioética principialista e da deontologia. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Contou com 396 puérperas internadas em um hospital municipal do sudoeste da Bahia no período de janeiro a maio de 2023, após aprovação do comitê de ética em pesquisa. Os dados foram tabulados no software Excel e analisados via SPSS v.25. a partir da Regressão Logística Multinomial. **Resultados:** a maior parte da amostra apresentou bem-estar com assistência em saúde, mulheres que tiveram parto realizado por profissionais não médicos apresentaram mais chances de níveis de bem-estar “adequado”. E mulheres que não tiveram a via de parto cesárea apresentaram aumento de chances de bem-estar. **Conclusão:** é necessário que os profissionais reflitam sobre suas ações, condicionando-as à humanização no parto, em observância aos princípios bioéticos.

Palavras-chaves: Bem-estar materno, Bioética, Ética Profissional, Satisfação do Paciente, Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical factors associated with women's well-being during labor and delivery in the light of principlist bioethics and deontology. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach. It had 396 puerperal women admitted to a municipal hospital in southwestern Bahia from January to May 2023, after approval by the research ethics committee. Data were tabulated in Excel software and analyzed using SPSS v.25. The Multinomial Logistic Regression analysis. **Results:** most of the sample presented well-being with health care, women who had a birth performed by non-medical professionals were more likely to have "adequate" levels of well-being. And women who did not have a cesarean section had an increased chance of well-being. **Conclusion:** it is necessary that professionals reflect on their actions, conditioning them to humanization in childbirth, in compliance with bioethical principles.

Key-words: Maternal Welfare, Bioethic, Ethics Professional, Patient Satisfaction, Labor Obstetric.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los factores clínicos asociados al bienestar de la mujer durante el trabajo de parto y el parto a la luz de la bioética y la deontología principialistas. **Método:** Estudio transversal con abordaje cuantitativo. Tuvo 396 puérperas ingresadas en un hospital municipal en el suroeste de Bahía de enero a mayo de 2023, después de la aprobación del comité de ética en investigación. Los datos fueron tabulados en el software Excel y analizados utilizando SPSS v.25. El análisis de Regresión Logística Multinomial. **Resultados:** La mayoría de la muestra presentó bienestar con la atención de la salud, las mujeres que tuvieron un parto realizado por profesionales no médicos tenían más probabilidades de tener niveles "adecuados" de bienestar. Y las mujeres que no se sometieron a una cesárea tenían una mayor probabilidad de bienestar. **Conclusión:** es necesario que los profesionales reflexionen sobre sus acciones, condicionándolas a la humanización en el parto, en el cumplimiento de los principios bioéticos.

Palabras-claves: Bienestar Materno, Bioética, Ética Profesional, Satisfacción del Paciente, Trabajo de parto.

INTRODUÇÃO

O bem-estar no parto é um fenômeno complexo multidimensional, dinâmico e interdependente de satisfação da mulher durante o processo de parturição, que é resultado de uma série de situações que se relacionam entre si, organizadas em torno de um bom tratamento da assistência¹. O bem-estar estará sujeito a mudanças a depender da realidade e das experiências construídas pela mulher.

Quando não se atinge o bem-estar, pode-se entender que problemas éticos permeiam a assistência em saúde na unidade, isto posto, problema ético no parto e puerpério imediato pode ser entendido como atitudes que afetam a integridade física e moral, que tragam prejuízos a mulher e familiares e a falta de trabalho em equipe que venham a causar danos na relação com a assistência. Nesse contexto, é dever ético do profissional exercer o cuidado baseado em evidências científicas e nas boas práticas na condução do parto, respeitando o protagonismo da mulher.

Quando existem situações que violem os direitos humanos das mulheres, relacionadas aos processos de medicalização ou desvalorização do corpo feminino,

desconsiderando a fisiologia do parto, considera-se como violência obstétrica. Essas situações estão diretamente ligadas a resultados maternos e perinatais negativos, levando a um bem-estar não adequado², sendo consideradas problemas éticos no parto.

Assim, a violência obstétrica pode ser vivenciada de diversas formas, uma revisão de literatura evidenciou como sendo: *verbal*, através de tratamento desrespeitoso, com maus-tratos, falas grosseiras, que expõem as mulheres ao constrangimento; *psicológica* evidenciada em atitudes de ameaças, tratamento autoritário e hostil, culpabilização da mulher, imposição de decisões, fornecimento de informações duvidosas ou falta de informação; *física* através da realização de toques vaginais repetitivos ou agressivos, que provoquem dor, cirurgia cesariana sem necessidade, manobra de Kristeller; *sexual* como toques sem luvas, exposição sem necessidade de partes do corpo ou sem o consentimento da mulher; *institucional*, caracterizada por peregrinação pelo atendimento, infraestrutura inadequada, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos à parturiente; *financeira* ao cobrar pelo atendimento ao parto normal; e a *discriminatória* ao depreciar ou negar o atendimento por preconceito racial ou social ou por alguma condição socioeconômica da mulher³.

Assim, na ocorrência de problemas éticos, caracterizada na forma de violação de direitos, faz-se importante discutir o bem-estar da mulher em situação de parto a partir da óptica da bioética principialista. Com isso, a bioética como um estudo sistemático da conduta humana, sendo princípio para várias condutas éticas profissionais contidas nos códigos deontológicos, propicia espaço para a reflexão dos profissionais acerca de sua prática.

Nesse sentido, a avaliação do bem-estar das mulheres no trabalho de parto e parto auxilia a entender se são observados os princípios bioéticos e deontológicos, a partir dos critérios avaliados. Com isso, contextualizar os problemas éticos mediante o olhar das puérperas se faz necessário, uma vez que essa abordagem auxilia no reconhecimento dos impactos da assistência sobre a satisfação do cuidado. Ademais, as formas de vivenciar o cuidado em saúde, quando insatisfatórias, podem reproduzir situações de desconfortos, medos e angústias frente às situações semelhantes.

Espera-se com este estudo conhecer os problemas éticos oriundos da assistência e do bem-estar considerados pela mulher em trabalho de parto, para que haja a reflexão da prática profissional, com modificação de condutas que melhor atendam a esse

público. Converte-se, assim, para uma prática em que são respeitados os princípios bioéticos e a ética profissional, com a assistência em saúde livre de imperícia, negligência e imprudência.

Diante disso, faz-se objetivo da pesquisa avaliar os fatores clínicos associados ao bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto à luz da bioética principialista e da deontologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter observacional e abordagem quantitativa. O cenário de pesquisa foi um Hospital Municipal no sudoeste da Bahia. A amostra foi do tipo conveniência, composta por 396 puérperas que estavam no alojamento conjunto no período de janeiro a maio de 2023. Os critérios de inclusão observados foram: possuir 18 anos ou mais de idade; permanecer no mínimo 4h em trabalho de parto em qualquer unidade dentro da maternidade, para terem vivências da assistência no local do estudo; ter acima de 4 anos de estudo, uma vez que a escala utilizada foi do tipo autoaplicável e ter seu parto realizado por Ginecologista Obstetra ou Enfermeira Obstetra. Os critérios de exclusão foram: mulheres que realizaram o parto por cesáreas eletivas e programadas e puérperas que não estavam emocionalmente estáveis para responder ao questionário.

As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, e que concordaram em participar do estudo, foram avaliadas quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e condições de bem-estar com o trabalho de parto, utilizando-se para a coleta de dados um questionário sociodemográfico e de dados obstétricos e a Escala de Bem-estar materno em situação de parto BMSP2 – versão brasileira abreviada adaptado e validado no Brasil pelos estudos de Jamas⁴.

Os dados foram tabulados no software Excel e analisados via SPSS v.25. A análise de Regressão Logística Multinomial foi realizada considerando o modelo preditivo das variáveis contextuais e marcadores sociodemográficos no nível de bem-estar de puérperas do hospital. Inicialmente, o pressuposto da multicolinearidade, natural da análise de regressão logística multinomial, foi testado. A abordagem deste estudo concentra-se na discussão do modelo preditivo com variáveis contextuais.

Este modelo contou com as variáveis independentes (VI) do modelo de regressão logístico, considerando: a) Gravidez planejada: Sim ou não; b) Realização de pré-natal: Sim e não; c) Quantas consultas de pré-natal realizadas: Menos que 5 e 6 ou mais; d) Recebeu orientação sobre o parto: Sim e não; e) Via de parto: Vaginal, Cesáreo e Fórceps; f) Escolha por vontade: Sim e não; g) Tipo de profissional: Médico, enfermeiro e não informado; h) Tempo pós parto: Menos de 12h, entre 12h e 48h, entre 2 e 5 dias e mais de 5 dias; i) Quantidade de filhos: 1º filho, 2 ou 3 filhos e mais de 3 filhos; j) Motivo do internamento: Pós-parto, motivo relacionado a mãe e motivo relacionado ao bebê; e k) Motivo da cesárea: Vaginal, TP não evoluiu, sofrimento fetal, posição transversal ou pélvica, alteração nos Batimentos Cardíofetais (BCF), doenças maternas (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM)), outros motivos e motivos não informados.

Além disso, para as variáveis “via do parto”, “profissional que realizou o parto”, “motivo do internamento” e “motivo das cesáreas”, variáveis *dummy* foram criadas. Essa metodologia é comumente utilizada em modelos preditivos, nos quais apresentam variáveis independentes categóricas nominais, ou seja, variáveis que não podem ser ordenadas. Nesse sentido, novas variáveis foram criadas, codificadas quanto a presença ou ausência com a atribuição de valores como 1= presença e 0= ausência.

O subprojeto de pesquisa do trabalho intitulado “Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto” foi submetido e aprovado de acordo com o CAAE nº 57361022.8.0000.0055/Parecer nº 5.539.474, do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em consonância com os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tratam sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Contou-se com a participação de 396 mulheres com idade variando entre 18 e 45 anos (M= 27,62, DP = 5,97). A maior parte da amostra relatou bem-estar (52,89%) seguido de adequado (31,49%) e mal-estar (15,62%) e realizaram o pré-natal (98,23%), com 6 ou mais consultas (84,34%). A Tabela 1 apresenta o perfil clínico da amostra considerando o questionário clínico.

Tabela 1. Perfil clínico das mulheres no período gestacional e de parturição em um hospital público em uma cidade do interior da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

Variáveis		F	%
Gravidez planejada	Sim	193	48,74%
	Não	202	51,01%
	Missing	1	0,25%
Pré-natal	Sim	389	98,23%
	Não	7	1,77
	Missing	0	0,00%
Consultas de pré-natal	5 ou menos	58	14,65%
	6 ou mais	334	84,34%
	Missing	4	1,01%
Orientada sobre parto	Sim	300	75,76%
	Não	92	23,23%
	Missing	4	1,01%
Via parto	Vaginal	218	55,06%
	Cesáreo	172	43,43%
	Fórceps	6	1,51%
	Missing		
Escolha da via de parto	Sim	234	59,09%
	Não	161	40,65%
	Missing	1	0,25%
Profissional	Médico	291	73,49%
	Enfermeiro	54	13,64%
	Não sabe	41	10,35%
	Missing	10	2,52%
Tempo pós-parto	Menos de 12 horas	39	9,85%
	Entre 12 e 48 horas	295	74,49%
	Entre 2 e 5 dias	54	13,64%
	Mais de 5 dias	8	2,02%
Quantidade de filhos	1º filho	191	48,11%
	2 ou 3 filhos	165	41,57%
	Mais de 3 filhos	39	9,82%
	Missing	2	0,50%
Motivo de permanência no Alojamento Conjunto	Pós-parto	282	71,21%
	Motivo relacionado a mãe	26	6,57%
	Motivo relacionado ao bebê	87	21,97%
	Missing	1	0,25%

Motivo da cesárea referidos pela mãe			
Missing	1	0,25%	
Trabalho de Parto (TP) não evoluiu	46	11,62%	
Sufrimento fetal	11	2,78%	
Posição transversal/pélvica	18	4,54%	
Alteração nos batimentos CardioFetais (BCF)	15	3,79%	
Doenças maternas (HAS/DM)	41	10,35%	
Outros	46	11,62%	
Não soube informar	3	0,76%	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

A análise de regressão multinomial, considerando o modelo preditivo com variáveis contextuais é demonstrada na Tabela 2. Os resultados iniciais apontam ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Contudo, a variável “via de parto vaginal” foi retirada do modelo de regressão por apresentarem altos níveis de multicolinearidade segundo a análise.

Tabela 2. Resultados do modelo preditivo com variáveis contextuais. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

		-2LL	χ^2	df	<i>p</i>	Tolerância	VIF
Grav. Planejada		583,825	2,196	2	0,333	0,903	1,108
Pré-natal		584,573	2,944	2	0,229	0,931	1,074
Consultas PN		582,482	0,853	2	0,653	0,882	1,134
Orientações		584,720	3,091	2	0,213	0,923	1,084
Vontade		583,308	1,679	2	0,432	0,807	1,239
Profissional							
	Médico	586,166	4,537	2	0,103	0,480	2,084
	Enfermeiro	584,433	2,804	2	0,246	0,485	2,061
Via do parto							
	Cesáreo	589,695	8,066	2	0,018*	0,121	8,295
	Fórceps	583,063	1,434	2	0,488	0,931	1,074
Tempo pós-parto		587,610	5,981	6	0,425	0,582	1,720
Quantidade de filhos		582,764	1,135	4	0,889	0,908	1,101
Internamento							
	Mãe	582,906	1,277	2	0,528	0,729	1,373
	Bebê	582,523	0,894	2	0,640	0,702	1,425
Cesárea							
	TP	586,489	4,860	2	0,088	0,239	4,188
	Sufrimento fetal	584,535	2,906	2	0,234	0,651	1,537
	Posição	586,266	4,637	2	0,098	0,452	2,213
	BCF	588,700	7,071	2	0,029*	0,471	2,123
	HAS/DM	589,225	7,596	2	0,022*	0,249	4,011
	Outros	587,592	5,963	2	0,051**	0,234	4,280
Intercepto		581,629					

Nota. * valores significativos ($p < 0,05$). ** nível de significância limítrofe ($p = 0,05$)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Posteriormente, os indicadores da análise de regressão multinomial apontaram que o modelo não apresentou capacidade preditiva superior ao modelo nulo, segundo os resultados do χ^2 de verossimilhança [$\chi^2_{\text{Verossimilhança}}(44) = 38,304, p = 0,714$]. Contudo, o teste χ^2 de Pearson apresentou resultados contrastantes [$\chi^2_{\text{Pearson}}(468) = 491,554, p = 0,218$], indicando adequabilidade do modelo estatístico. Ademais, os resultados do Pseudo- R^2 de Nagelkerke apresentaram resultados consideravelmente baixos (Pseudo- $R^2 = 0,111$). A partir disso, foi possível inferir que houve influências significativas das variáveis “via do parto cesáreo” (-2LL = 589,695, $p = 0,018$), e os motivos da cesárea “HAS/DM” (-2LL = 589,225, $p = 0,022$) e Outros (-2LL = 587,592, $p = 0,051^{**}$), nos níveis de bem-estar de puérperas.

A análise dos efeitos diretos indicou que puérperas que tiveram parto realizado por profissionais não médicos apresentaram 276,5% mais chances de apresentarem níveis de bem-estar “adequado” quando comparados às que tiveram parto realizado por médicos (B= 1,326, Wald= 3,673, $p = 0,055^{**}$, OR= 3,765). De maneira semelhante, puérperas que tiveram como via de parto cesárea apresentaram 1.656,30% mais chances de apresentarem níveis de bem-estar adequado quando comparadas àquelas que apresentaram via de parto não cesárea (B= 2,866, Wald= 6,472, $p = 0,011$, OR= 17,563).

Por outro lado, puérperas que não tiveram como motivo da cesárea “TP” apresentaram diminuição de 91,0% de chances de apresentarem níveis de bem-estar adequado quando comparadas às que tiveram tipo de parto “TP” (B= -2,412, Wald = 4,325, $p = 0,038$, OR= 0,090). Já puérperas que não tiveram como motivo de cesárea “Posição do feto” apresentaram diminuição de 92,2% de chances de apresentarem níveis de bem-estar adequado quando comparadas às que apresentaram motivo da cesárea “Posição do feto” (B= -2,547, Wald= 3,925, $p = 0,048$, OR= 0,078). De maneira semelhante, puérperas que não tiveram como motivo de cesárea “BCF” apresentaram diminuição de 97,0% de chances de apresentarem nível de bem-estar adequado, quando comparadas às que tiveram como motivo de cesárea “BCF” (B= -3,494, Wald= 4,780, $p = 0,029$, OR = 0,030).

As puérperas que não tiveram como motivo de cesárea “HAS/DM” apresentaram diminuição de 95,4% de chances de apresentarem nível de bem-estar adequado quando comparadas às que tiveram como motivo de cesárea “HAS/DM” (B= -3,069, Wald=

6,590, $p = 0,010$, OR= 0,046). Por fim, puérperas que não apresentaram outros motivos (não especificados) para cesárea tiveram diminuição de 92,7% de chances de apresentarem níveis de bem-estar adequado quando comparadas às que apresentaram outros motivos (não especificados) para parto por cesárea ($B = -2,615$, Wald = 4,908, $p = 0,027$, OR= 0,073).

Ademais, quanto às chances de bem-estar, puérperas que não tiveram a via de parto cesárea apresentaram aumento de 1.088,9% de chances de apresentarem bem-estar quando comparadas às que tiveram via de parto cesárea ($B = 2,476$, Wald= 5,599, $p = 0,018$, OR= 11,889). Por outro lado, puérperas que não tiveram como motivo de cesárea “BCF” apresentaram diminuição de 96,8% de apresentarem bem-estar quando comparadas às que tiveram como motivo de cesárea “BCF” ($B = -3,429$, Wald= 5,177, $p = 0,023$, OR = 0,032). Por fim, puérperas que não obtiveram outros motivos para a realização de cesárea apresentaram diminuição de 90% de chances de apresentarem bem-estar quando comparadas às que tiveram outros motivos para a realização do parto cesáreo ($B = -2,305$, Wald= 4,499, $p = 0,034$, OR= 0,100)

É importante ressaltar que os outros efeitos testados não apresentaram significância estatística, e que o modelo preditivo com variáveis contextuais teve capacidade preditiva de 91,4% de níveis de bem-estar, 21,1% de níveis adequados e apenas 6,8% de assertividade para níveis de mal-estar, sendo a média de 55,4%.

DISCUSSÃO

Avaliar a qualidade nos cuidados em saúde é uma realidade atual, assim, entre as dimensões de qualidade, a satisfação da paciente com a assistência tem relevância. Com isso, quando as pacientes referem atingir um bem-estar em situação no parto, infere-se que elas estão satisfeitas com a assistência recebida. Nesse sentido, o bem-estar é um indicador importante na saúde mental e essencial em todos os ciclos da vida, uma vez que, quanto mais satisfeitas as pessoas estão, mais propensas a serem saudáveis. No contexto do parto, melhor será a formação do vínculo com o recém-nascido e menor a probabilidade de depressão pós-parto⁵.

Para a amostra estudada, observou-se que a maioria atingiu o bem-estar adequado durante o parto. Corroborando outro estudo que avaliou 200 mulheres na

atenção primária acerca da avaliação da assistência ao parto, percebeu-se que o atendimento foi considerado bom (60,5%) ou muito bom (27%), concluindo que houve a observância do acesso aos serviços e de itens que classifica satisfatoriamente a assistência⁶.

No entanto, embora a maior parte da amostra tenha considerado um bom nível de bem-estar com seus partos, foi possível identificar alguns problemas éticos como falta de informação de qualidade disponibilizada para as parturientes, quantidade específica de mulheres que não escolheram por vontade o parto; e aumento do uso da cesárea, maior do que a taxa recomendada pelos órgãos nacional e internacional da saúde.

No contexto da assistência ao parto, a bioética desenvolve um importante papel, uma vez que envolve questões sobre os direitos da gestante, a segurança e o bem-estar da mãe e neonato, considerando ainda as questões culturais, sociais e emocionais envolvidas nesse momento significativo na vida familiar. Portanto, a bioética se concentra em garantir à mulher que ela seja informada em todos os momentos do parto, com autonomia para decidir sobre o tipo de parto e assistência que quer receber, tendo suas escolhas respeitadas pelos profissionais.

No bojo dessa discussão, os dados do presente estudo evidenciaram uma falta de informação, uma vez que algumas mulheres não sabiam informar qual o motivo de terem feito cesárea (0,76%) e qual o profissional que lhes atendeu (10,35%). Além disso, ressalta-se que os *missing* (2,52%), desse quesito, foram formados por mulheres que marcaram tanto médico quanto enfermeiro na realização do parto, reforçando o desconhecimento sobre quem era o profissional que acompanhava o seu trabalho de parto.

Assim, o código de ética de enfermagem preconiza como dever do profissional “prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem”⁷, reiterando a obrigação ética e moral do profissional em fornecer todas as informações, inclusive apresentar-se à gestante e ao seu acompanhante, dirigindo-se à parturiente pelo nome ou como gostaria de ser chamada, como orientado pelas boas práticas no parto normal⁸.

Outro dado demonstrou que a autonomia das mulheres nem sempre é respeitada, ao identificar alto número de mulheres que não escolheu por vontade própria o tipo de parto, dificultando o alcance de bem-estar pelas puérperas. Portanto,

as mulheres devem receber informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios envolvidos no parto, permitindo tomarem decisões informadas e participarem ativamente do processo de cuidar.

Esse achado refuta o preconizado no código de ética médica, que proíbe o profissional de impedir que a mulher decida sobre seu corpo, como disposto no seu artigo 24 “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”⁹. O de enfermagem também disponibiliza artigo que menciona claramente sobre a importância de manter a autonomia da paciente, quando diz “respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou do seu representante legal, de tomar decisões sobre a sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar”⁷.

Destarte, os princípios bioéticos foram mencionados por Beauchamp e Childress¹⁰, entendendo a autonomia como a aceitação de que a pessoa tome decisões sobre o seu tratamento, disponibilizando a ela informações suficientes para que exerça o poder de escolha, levando em consideração ainda crenças, desejos e valores inerentes à pessoa. A beneficência estabelece a obrigação moral de fazer o bem ao outro, ao passo que o da não maleficência se refere ao profissional não causar mal ou dano ao paciente. O da justiça é a igualdade de cuidados assistencial, levando em consideração as necessidades específicas do indivíduo. Considera-se ainda os referenciais bioéticos de utilidade, confidencialidade, veracidade e fidelidade¹¹.

Outro dado evidenciado no estudo foi que a assistência por profissionais não médicos, nesse caso os enfermeiros, apresentou 276,5% mais chances de ter níveis de bem-estar “adequado” quando comparados com as puérperas que tiveram o parto realizado por médicos. Esse dado demonstra a importância de enfermeiros na atuação obstétrica.

Corroborando esses achados, uma revisão Cochrane¹² que comparou o modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetrias com outros modelos de assistência demonstrou que as mulheres acompanhadas por obstetrias têm menor probabilidade de receber analgesia regional, parto vaginal instrumental (extrator a vácuo e fórceps), ter amniotomias e episiotomia e maior probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo. Além disso, a maioria dos estudos, inseridos nessa revisão, refere-se a uma maior satisfação materna com a assistência de obstetrias¹².

Contudo, a literatura aponta que existe uma assimetria na assistência em saúde, devido à hegemonia médica na assistência ao parto, privilegiando sua atuação em detrimento dos demais profissionais, o que dificulta a atuação das enfermeiras obstétrizes¹³. Diante disso, o Ministério da Saúde incentiva a formação de cursos e residências na área, sendo necessário ainda que os gestores hospitalares proporcionem condições para incluir a atuação integrada e conjunta de médico e enfermeiros obstétricos devido a vantagens, redução de intervenções e maior satisfação das mulheres, observando o princípio da bioética, da beneficência e não maleficência.

Outro dado importante é o aumento do parto cesáreo, mesmo ainda sendo inferior ao quantitativo de parto normal, está superior às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Corroborando esse dado, estudo que comparou dois projetos – o Nacer Saudável e Rede Cegonha de 2017 e o Nacer no Brasil de 2011 – 2012 –, investigando aproximadamente 4.798 mulheres percebeu que houve uma redução das taxas de cesariana anteparto, aumentando em 50% as intrapartos no setor público e 136% no setor privado, este ainda aumentou as taxas de parto normal em 85%¹⁴.

No estudo sobre a avaliação do parto pelas usuárias da atenção primária em saúde, observou-se um aumento de cesarianas (37,5%) – mesmo sendo menores que a taxa do parto normal (60,5%)⁶, continua sendo superior ao proposto pela OMS. As taxas de cesáreas aceitáveis estão entre 10 e 15%, valores maiores não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal, no entanto, no contexto brasileiro, estima-se que a taxa de referência esteja em torno de 29%¹³. Todavia, os dados brasileiros indicam um percentual superior ao esperado, uma vez que existem 57,01% de cesáreas para o ano de 2021, e os dados preliminares para 2022 são de 58,15%, cesarianas¹⁶.

Outrossim, os dados do presente estudo apontaram um aumento de bem-estar em 1088,9% nas puérperas que tiveram parto por via não-cesárea, demonstrando que a via de parto influencia no bem-estar relacionado à vivência na parturição. Ademais, os motivos para a realização do parto cesáreo podem interferir sobre o bem-estar, como demonstraram os dados ao referir que a alteração no BCF levaria ao melhor bem-estar, uma vez que puérperas que não tiveram esse motivo apresentaram diminuição de 96,8% no nível de bem-estar.

Isto posto, uma das premissas para a redução de cesarianas no Brasil é a melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres, incentivando as boas práticas em detrimento das intervenções desnecessárias. Relacionando-se com os princípios bioéticos, a garantia das recomendações no parto pode ser vista como uma forma de fazer o bem, de justiça, bem como oferecer autonomia à mulher para realizar escolhas conscientes, instituindo a proporcionalidade de intervenções no parto.

Uma revisão Cochrane evidenciou que implementação de diretrizes clínicas e educação dos médicos por um ginecologista/obstetra reduziu o risco de cesárea eletiva com alta evidência. No entanto, as evidências foram baixas para atividades realizadas com mulheres e casais ¹⁷.

Isto posto, deve ser estimulada a divulgação do conhecimento sobre a fisiologia do parto e os direitos da mulher na gestação e no parto, uma vez que o desconhecimento, muitas vezes relacionados a baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico maternos, interfere nas expectativas geradas pelas mulheres em relação ao parto e sua percepção sobre a assistência, o que se institui como uma barreira no combate à violência obstétrica ¹³.

Portanto, é notória a importância em compreender a bioética e os seus princípios, especialmente quando se trata da garantia dos direitos das parturientes, uma vez que direcionarão ações objetivando um cuidado humanizado, pautado não só em técnicas que permitam a mulher parir. Para isso, é importante a orientação e formação dos profissionais que assistem o parto com base nas evidências científicas e recomendações de boas práticas no parto.

Por fim, a limitação deste estudo está amparada no viés desejo e na habilidade social, uma vez que as mulheres avaliaram o serviço do local onde ainda estavam internadas. No entanto, pelo tamanho amostral, os resultados se tornam representativos.

CONCLUSÕES

As participantes desta pesquisa apontam bem-estar com a assistência recebida no parto, no entanto ainda fica evidente a ocorrência de problemas éticos, caracterizada como taxa aumentada de cesáreas e falta de apresentação do profissional à mulher. Essas atitudes demonstram que é necessária reflexão dos profissionais sobre suas ações, condicionando-as às boas práticas no parto.

Portanto, para garantir uma assistência humanizada, recomenda-se que os princípios bioéticos devem ser usados para a prática clínica, com respeito a autonomia da mulher, em todas as fases do parto, e ao bem-estar materno e neonatal. Reitera-se que o atendimento em saúde deve ser equânime, centrado nas necessidades individuais de cada mulher, intensificando a sensibilização do profissional para que assista integralmente as pacientes utilizando intervenções necessárias e informadas.

Referências

1. Pontificia Universidad Católica De Chile. Escuela de enfermería, Departamento de salud de la mujer. Concepto subjetivo de bienestar materno. Departamento de Derechos intelectuales. Registro Propiedad intelectual, 2077; nº 162651.
2. Silva JCO, Brito LMC, Alves ES, Medeiros Neto JB de, Santos Junior JLP dos, Marques NM, Lopes TM de O. Alexandre J de A, Santos LJP. Impacts of obstetric violence in Brazil: a literature review. *Research, Society and Development*. 2023 [cited 2023 jul 12];12 (2): e10812239950. DOI: 10.33448/rsd-v12i2.39950.
3. Souto REM, Brito NS, Sousa LSD, Brandão JC, Damasceno AKDC, Melo ESJ, Grimaldi MRM. Formas e prevalência da violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2022 [cited 2023 jun 25]; 16:e253246. DOI: 10.5205/1981-8963.2022.253246.
4. Jamas MT, Ferretti-Rebustini REDL, Rebustini F, Gonçalves IR, Gouveia LMR, Hoga L AK. Evidências de validade da escala de Bienestar Materno en Situación de Parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021 [cited 2023 mai 20]; 34 (APE02843): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02843>.

5. Silva RCF, Westphal F, Assalin ACB, Silva MIM, Goldman RE. Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. *Rev enfermUFPE online*. 2020 [Cited 2023 out 25];14: e245851. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245851>.
6. da Silva MJS, da Silva TDS, de Souza DRS, de Souza AMG, dos Santos Ferreira TL, de Andrade FB. Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. *Revista Ciência Plural*. 2020 [cited 2023 jul 20]; 6(1): 1-17. DOI: [10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292](https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292).
7. Resolução COFEN Nº 564/2017. Dispões sobre o código de ética do profissional de enfermagem. Disponível em: – RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil.
8. Brasil. Diretriz nacional de assistência ao parto normal ministério da saúde versão preliminar Brasília – DF, 2022.
9. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: [cem2019.pdf \(cfm.org.br\)](http://cem2019.pdf(cfm.org.br)).
10. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
11. Schlemper Junior BR. Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. *Revista Bioética*. 2018 [cited 2023 jul 20]; 26(1): 47-57. DOI: [Doi: 10.1590/1983-80422018261225](https://doi.org/10.1590/1983-80422018261225).
12. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD004667. DOI: [10.1002/14651858.CD004667.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4). Accessed 22 June 2023.

13. de Freitas Oliveira C, Ribeiro AÂV, Luquine Jr CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, Barreto JOM. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020 [cited aug 18]; 44. DOI: 10.26633/RPSP.2020.132.
14. Leal MDC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVDS, Silva LBRADA, Thomaz EBAF, Vilela MEDA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019 [cited jun 15]; 35 (7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília: MS; 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDDTCesariana_CP.pdf.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). [Acessado em 14 de junho de 2023]; Disponível em: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos - Natalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DASNT - SVS/MS (aids.gov.br).
17. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, Yogasingam S, Taljaard M, Agarwal S, Laopaiboon M, Wasiak J, Khunpradit S, Lumbiganon P, Gruen RL, Betran A. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 9. Art. No.: CD005528. DOI: 10.1002/14651858.CD005528.pub3.

5.2

Satisfação e bem-estar nas experiências de mulheres em parturição: aspectos bioéticos e deontológicos

Satisfaction and well-being in the experiences of women in parturition: bioethical

and deontological aspects
Satisfacción y bienestar en las experiencias de las mujeres en parto: aspectos
bioéticos y deontológicos

Título abreviado: assistência em saúde no parto

Chrisne Santana Biondo^I; Sérgio Donha Yarid^{II}

^IEnfermeira. Mestra. Aluna do curso de doutorado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bahia, Brasil. E-mail: tity_biondo_enf@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0583-5491>.

^{II}Cirurgião-dentista. Doutor. Professor Adjunto. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bahia, Brasil E-mail: yarid@uesb.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6447-0453>.

Resumo

Objetivo: avaliar a satisfação e o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e parto, à luz da bioética e ética médica e de enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa. Contou com 396 puérperas internadas em um hospital municipal do sudoeste da Bahia no período de janeiro a maio de 2023, após aprovação do comitê de ética em pesquisa. Os dados foram tabulados no software Excel e analisados via SPSS v.25., triangulando com os dados da entrevista. **Resultados:** a maioria das puérperas relatou bem-estar durante a parturição, no entanto 05 itens apresentaram maior número de respostas negativas, 03 deles alocados na dimensão qualidade do relacionamento durante o cuidado. **Conclusão:** Verificou-se satisfação das mulheres com a qualidade da assistência recebida pelos profissionais no momento do parto, uma vez que a maioria avaliou como bem-estar a sua vivência. No entanto, observou-se um contexto de violação aos direitos fundamentais básicos, constatando inobservância de alguns princípios bioéticos, como a autonomia e o direito à privacidade. **Palavras-chaves:** Bem-estar materno, Bioética, Ética Profissional, Satisfação do Paciente, Trabalho de Parto.

Abstract

Objective: to evaluate the satisfaction and well-being of women during labor and

delivery, in the light of bioethics and medical and nursing ethics. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach. It had 396 puerperal women admitted to a municipal hospital in southwestern Bahia from January to May 2023, after approval by the research ethics committee. The data were tabulated in the Excel software and analyzed using SPSS v.25., triangulating with the interview data. **Results:** Most of the postpartum women reported well-being during parturition, however 05 items presented a higher number of negative responses, 03 of them allocated to the dimension quality of the relationship during care. **Conclusion:** It verified the satisfaction of the women with the quality of the care received by the professionals at the time of delivery, since the majority evaluated their experience as well-being. However, there was a context of violation of basic fundamental rights, noting non-observance of some bioethical principles, such as autonomy and the right to privacy.

Key-words: Maternal Welfare, Bioethic, Ethics Professional, Patient Satisfaction, Labor Obstetric.

Resumen

Objetivo: evaluar la satisfacción y el bienestar de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, a la luz de la bioética y la ética médica y de enfermería. **Método:** Estudio transversal con abordaje cuantitativo y cualitativo. Tuvo 396 puérperas ingresadas en un hospital municipal en el suroeste de Bahía de enero a mayo de 2023, después de la aprobación del comité de ética en investigación. Los datos fueron tabulados en el software Excel y analizados utilizando SPSS v.25., triangulando con los datos de la entrevista. **Resultados:** La mayoría de las mujeres puérperas reportaron bienestar durante el parto, sin embargo 05 ítems presentaron un mayor número de respuestas negativas, 03 de ellas asignadas a la dimensión calidad de la relación durante la atención. **Conclusión:** Se verificó la satisfacción de las mujeres con la calidad de la atención recibida por los profesionales en el momento del parto, ya que la mayoría evaluó su experiencia como bienestar. Sin embargo, hubo un contexto de violación de los derechos fundamentales básicos, señalando el incumplimiento de algunos principios bioéticos, como la autonomía y el derecho a la privacidad.

Palabras-claves: Bienestar Materno, Bioética, Ética Profesional, Satisfacción del Paciente, Trabajo de Parto.

Introdução

Historicamente o parto era realizado nas residências, permitindo o protagonismo das mulheres, com outras mulheres acompanhando a evolução do trabalho de parto. Com o avançar da medicina e objetivando melhorias nos índices materno e infantis, foram sendo construídas as maternidades. No entanto, a popularização do parto hospitalar só se deu a partir da descoberta da fisiologia feminina e utilização do fórceps¹⁻³.

Assim, o parto no ambiente hospitalar é caracterizado por uso de tecnologias para aumentar a segurança para a mulher e o recém-nascido (RN), contribuindo com melhorias nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatais, no entanto intervenções excessivas e desnecessárias contribuem com baixa qualidade da assistência ao parto. Portanto, busca-se na assistência ao parto que ele seja conduzido com respeito à autonomia, à fisiologia da mulher, com o mínimo de procedimentos, valorizando o protagonismo da mulher, com contato familiar assemelhando-se aos cuidados recebidos nos partos domiciliares.

Nesse sentido, em 2011, surgiu a Rede Cegonha, instituída para assegurar à mulher o direito a atenção humanizada durante gravidez, parto e puerpério, garantindo o respeito e a proteção aos direitos humanos e à diversidade cultural, étnica e racial, promovendo a equidade⁴. A partir desse contexto, o profissional deve ser capaz de avaliar a parturiente, identificando possíveis complicações ou risco durante o trabalho de parto, manejando o trabalho de parto, parto e puerpério, traçando estratégias que favoreçam as vivências do parto com mínimos de medos e ansiedade, mantendo a autonomia da mulher⁵⁻⁶.

No bojo dessa discussão, ressalta-se que o Brasil não atingiu a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no que tange à redução da morbimortalidade materna, repactuando a nova meta de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos a ser atingida até 2030⁷. Isso torna imperioso haver discussões e avaliações sobre assistência às mulheres em situação de parto.

Esse impacto pode ser justificado pelos problemas relacionados à assistência em saúde que emergem na literatura como: desorganização dos serviços de saúde, a deficiência da regionalização e organização da rede de atendimento ao parto, realização da medicalização nem sempre necessária, ausência do uso do partograma, ausência do acompanhante em todos os estágios do parto; negligência e atitudes grosseiras com as usuárias e realizações da Manobra de Kristeller⁸⁻⁹. Com isso, na tentativa de equilibrar a

prática clínica no parto, com o respeito ao protagonismo da mulher e ao bem-estar materno e infantil, amparados na individualidade de cada gestante, insere-se a bioética

A aplicação dos princípios da bioética pode ser entendida como uma maneira utilizada neste estudo para balizar as decisões profissionais, levando em consideração os seus princípios de autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, coadunando com vários princípios e valores éticos que regem os códigos de ética profissional. Assim, objetivando o parto humanizado, os direitos em saúde devem ser garantidos, respeitando a autonomia da mulher proporcionando liberdade de expressão em todas as fases do parto¹⁰.

Nesse contexto, a bioética atuará como um instrumento da ética que busca o respeito aos valores morais e ainda visa promover reflexões sobre os conflitos que podem vir a acontecer na prática profissional, compreendendo o limite sobre a atuação profissional. Deste modo, a ocorrência de situações que não respeitam as recomendações de boas práticas no parto sinaliza que se faz necessário fomentar discussões que enfoquem a reflexão dos profissionais acerca da atuação no parto. Nesse sentido, uma visão deontológica da prática profissional e bioética é pertinente para conduzir as ações na assistência em saúde.

Além disso, a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma realidade atual e, entre as várias dimensões da qualidade, a satisfação do paciente é um tema de especial relevância, por visar garantir a autonomia nas escolhas durante o trabalho de parto, além de possibilitar ao profissional a promoção de um pensamento reflexivo e crítico, evidenciando condições de avaliar as mudanças ocorridas na saúde¹¹.

Destarte, a satisfação do paciente é um dos critérios envolvidos na segurança da paciente, assim a sua percepção é usada como indicador para avaliar os resultados de qualidade dos profissionais. Portanto, a compreensão de como a paciente avalia o serviço auxilia no desenvolvimento de ações para aperfeiçoamento da qualidade da assistência em saúde.

Assim, a assistência em saúde deve ser embasada em evidências científicas, respeitando a ética profissional para uma condução do trabalho de parto livre de imperícia, imprudência e negligência, partindo do pressuposto de que a deontologia se ampara também nos princípios da bioética. Portanto, em um estudo desse caráter, é necessário por discutir, tanto em meio acadêmico quanto profissional, aspectos deontológicos e bioéticos como forma de balizar a tomada de decisão dos profissionais

na atuação durante a parturição, na perspectiva de sensibilização destes para as boas práticas em saúde.

Nesse sentido, faz-se objetivo do artigo avaliar a satisfação e o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e parto, à luz da bioética e ética médica e de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter observacional e abordagem quantitativa e qualitativa. O cenário de pesquisa foi um Hospital Municipal no sudoeste da Bahia. A amostra foi do tipo conveniência, composta por puérperas que estavam no alojamento conjunto no período de janeiro a maio de 2023. Os critérios de inclusão observados foram: possuir 18 anos ou mais de idade; permanecer no mínimo 4h em trabalho de parto em qualquer unidade dentro da maternidade, para terem vivências de assistência no local do estudo; ter acima de 4 anos de estudo, uma vez que a escala utilizada foi autoaplicável e ter seu parto realizado por Ginecologista Obstetra ou Enfermeira Obstetra. Os critérios de exclusão foram: mulheres que realizaram o parto por cesáreas eletivas e programadas e puérperas que não estavam emocionalmente estáveis para responder ao questionário.

As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, e que concordaram em participar do estudo, foram avaliadas quanto aos dados sociodemográficos e condições de bem-estar com o trabalho de parto, utilizando-se para a coleta de dados um questionário sociodemográfico e a Escala de Bem-estar materno em situação de parto BMSP2 – versão brasileira abreviada adaptado e validado no Brasil pelos estudos de Jamas¹².

No total de 396 puérperas que aceitaram participar do estudo, foram escolhidas 16 mulheres, aleatoriamente até a saturação dos dados, que responderam primeiro à entrevista, gravada em meio digital, e posteriormente ao questionário. A ordem para aplicação de questionário e entrevista foi instituída para não incidir em influência das questões abordadas no questionário autoaplicável, sobre o conteúdo das entrevistas, evitando, desta forma, a manipulação da fala.

A entrevista contava com as seguintes questões: O que representou seu trabalho de parto? Como você descreve a sua experiência durante o parto? Quais aspectos positivos e negativos do seu trabalho de parto? Relate um fato marcante para você durante o seu

trabalho de parto e parto envolvendo a assistência na unidade ou algum profissional de saúde. As entrevistas foram feitas pela autora principal do estudo que realizou aproximação com as mulheres no momento da coleta, tiveram duração de aproximadamente 10 minutos, realizadas no quarto da paciente, quando não havia outras puérperas internadas, não havendo desistências para a participação. As participantes do estudo manifestaram sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os dados quantitativos foram tabulados no software Excel e analisados via SPSS v.25. investigando-se as estatísticas descritivas das variáveis observáveis da BMSP-2, considerando os 16 itens da escala. De posse das estatísticas, foi desenvolvida uma abordagem plurimetodológica, em uma triangulação de dados, a partir dos dados qualitativos obtidos nas entrevistas, relacionados aos itens com maior percentual de respostas negativas, articulando sobre diferentes perspectivas metodológicas a compreensão sobre os fenômenos bem-estar das mulheres e a qualidade da assistência em saúde no parto.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CAAE nº 57361022.8.0000.0055/parecer nº 5.539.474, do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em consonância com os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que tratam sobre pesquisas com seres humanos, constituindo um subprojeto da pesquisa intitulada “Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto”.

Resultados

Contou-se com a participação de 396 mulheres com idade variando entre 18 e 45 anos ($M= 27,62$, $DP = 5,97$). A maior parte da amostra relatou viver com o parceiro (87,88%), ser de cor parda (66,42%), com 12 a 16 anos de estudo (49,24%) e religião católica (52,28%). A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da amostra considerando os indicadores das variáveis do questionário sociodemográfico.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da amostra. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

Variáveis	F	%
Situação conjugal		

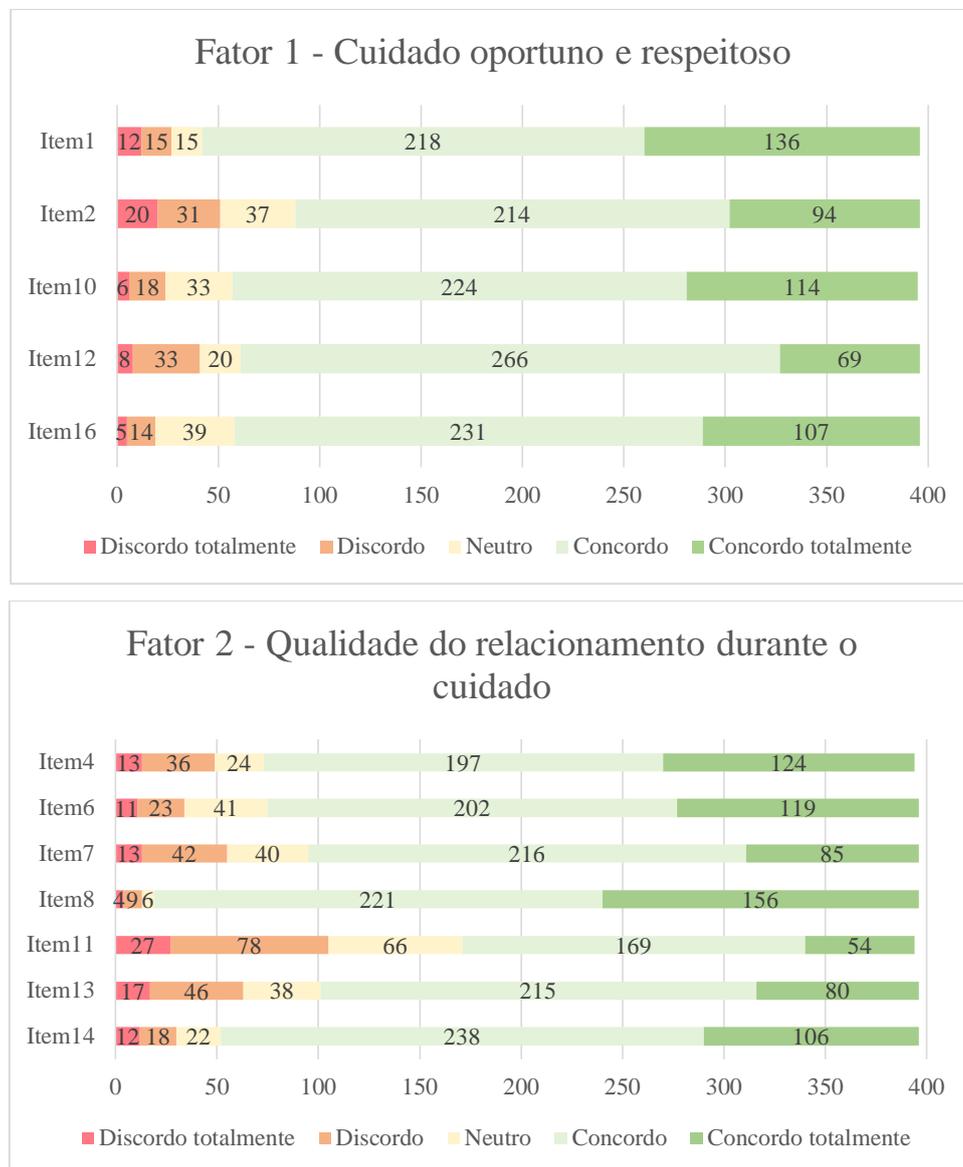
	Vive com o parceiro	348	87,88%
	Não vive com o parceiro	46	11,62%
	Missing	2	0,50%
<hr/>			
Cor da pele			
	Preta	62	15,66%
	Branca	69	17,42%
	Parda	263	66,42%
	Missing	2	0,50%
<hr/>			
Anos de estudo			
	05 a 08 anos	103	26,01%
	09 a 11 anos	90	22,73%
	12 a 16 anos	195	49,24%
	Missing	8	2,02%
<hr/>			
Religião			
	Católica	207	52,28%
	Evangélica	144	36,37%
	Espírita	1	0,25%
	Candomblé	2	0,50%
	Umbanda	4	1,01%
	Ateu	2	0,50%
	Outras	35	8,84%
	Missing	1	0,25%
<hr/>			
Ocupação			
	Remunerada	105	26,52%
	Do lar	254	64,14%
	Estudante	31	7,83%
	Missing	6	1,51%

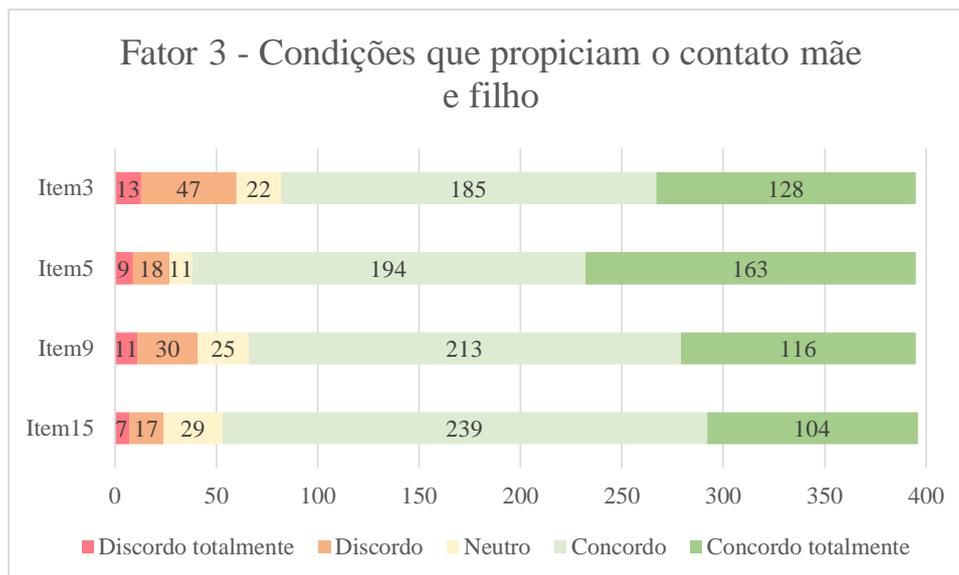
Fonte: Dados da pesquisa, Vitória da Conquista, Ba, Brasil, 2023.

A maior parte da amostra relatou bem-estar (52,89%) seguido de adequado (31,49%) e mal-estar (15,62%). No entanto diante das faixas de discriminação, a Figura 1 apresenta o gráfico do padrão de respostas da escala tipo Likert, considerando as três dimensões do instrumento. A partir disso, é possível observar que grande parte das respostas se concentraram nas faixas de resposta “concordo” e “concordo totalmente”, sendo os itens com maior número de respostas negativas, considerando os que tiveram mais de 50 respostas negativas: Q11 (Pude dispor de anestesia sempre que precisei), Q13 (Observei ordem e limpeza em cada um dos lugares onde estive), Q3 (Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento), Q7 (Senti-me sempre acompanhada por algum profissional) e Q2 (Se preocuparam em cuidar da minha privacidade e de outras mulheres que viveram a experiência do parto junto comigo). É importante ressaltar que,

dos quatro itens citados, três deles compõem o fator de Qualidade do relacionamento durante o cuidado (Q7, Q11, Q13).

Figura 1. Padrão de respostas em escala tipo Likert dos fatores de análise do instrumento utilizado. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.





Fonte: dados da pesquisa Vitória da Conquista, Ba, Brasil, 2023.

Após quantificar os itens da escala, estes foram relacionados com as falas das puérperas entrevistadas, distribuindo-os nos itens com maior insatisfação. Os dados evidenciaram que muitas mulheres não foram orientadas quanto aos métodos de alívio da dor e que ocorrem situações de não respeito ao conforto das puérperas. No que tange à amamentação logo após o nascimento, os dados foram heterogêneos. Já em relação ao acompanhamento profissional, pontos negativos e positivos foram levantados pelas mulheres. Os quadros 1 e 2 evidenciam as unidades de fala que emergiram nas entrevistas.

Quadro 1. Verbalizações negativas das mulheres nas entrevistas relacionadas com os itens avaliados com maior mal-estar na escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto 2. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

Temas	Verbalizações
Pude dispor de anestesia sempre que precisei (Q11)	<p>“Só que assim... eu achei assim que, no caso, “elas poderia” ter me dado um soro pra adiantar mais o trabalho de parto. É que eu tava sofrendo muito... muita dor, muita dor, muita dor e nada da neném nascer.” (I03).</p> <p>“Foi muito difícil, bem difícil. Eu fiquei muito tempo sentindo muita dor, foi bem demorado... foi “as laceração” né? que eu tive, ela falou que acho que foi grau 03.” (I05).</p>
Observei ordem e limpeza em cada um dos lugares onde estive (Q13)	<p>“Eu acho que não, assim, eu acho que por ter muitas crianças, muitas mães tendo, ai demora de vim para essa sala aqui (se referindo ao Alojamento Conjunto), lá dentro tá muito quente porque disse que o ar condicionado estava quebrado né? e ai ruim para mãe e para a criança, porque a gente tá</p>

	numa situação que a gente tá sangrando, tá sentindo dor e é bebe chorando, da mama, uma série de coisas, mas de resto tá tudo bem.” (I04)
Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento (Q3)	Não apresentou verbalizações negativas.
Senti-me sempre acompanhada por algum profissional (Q7)	“alguns enfermeiros que trabalham com amor, mas tem outros também que trabalham mesmo, acho que só pelo interesse porque tem uns que é bem arrogante e ignorante. Eu sei que eles estão aqui para atender a gente né, se tem algum problema em casa, fica em casa... deixa lá e vem atender os pacientes. Mas tem uns que é bem arrogante mesmo.” (I15).
Se preocuparam em cuidar da minha privacidade e de outras mulheres que viveram a experiência do parto junto comigo (Q2)	“Assim o negativo foi o porquê eu não pari numa sala sozinha, eu pari com uma menina lá do lado, ai sei lá, uma paciente que tá lá cuidando de... ela tá tomando antibiótico. E aí, eu achei que na hora que eu entrasse em trabalho de parto eu ia ficar numa sala só eu, meu acompanhante e as enfermeiras. E foi com a menina lá do lado, a cortina aberta, um monte de pais lá vendo, só que na hora é tão intenso que você nem, depois que você percebe.” (I04) “vêm várias pessoas e te veem de vários modos, de várias formas e ai, assim eu como mulher me sinto constrangida com outras pessoas me olhando de tais situações, de tais formas.” (I06)

Fonte: dados da pesquisa, Vitória da Conquista, Ba, Brasil, 2023.

Quadro 2. Verbalizações positivas das mulheres nas entrevistas relacionadas com os itens avaliados com maior mal-estar na escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto 2. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

Temas	Verbalizações
Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento (Q3)	“Veio colocou no meu colo, deixou ela comigo, pra depois levar pra limpar e tudo, eu gostei dessa parte. Porque realmente deram atenção”. (I16)
Senti-me sempre acompanhada por algum profissional (Q7)	“fui bem atendida, fui bem cuidada, bem orientada. O carinho deles assim, quando Benício nasceu bem carinhoso assim, eles tavam bem falantes assim. Não tinha como você ficar nervoso, não tinha como você ficar com medo, foi muito bom, gostei muito.” (I01) “essa enfermeira foi a enfermeira (risos) ela me ensinou tipo tudo que eu tinha que fazer pra ajudar ele sair mais rápido (risos). Tipo assim pra estimular me ajudando ali, então teve essa, teve uma enfermeira específica que eu gostei bastante, ela foi assim sabe fundamental.” (I02) “Porque do primeiro eu acho que como eu fiquei desacordada, então eu não vi, mas dele eu já vi tudo, então foi bem tranquilo, bem natural.” (I01). “E o lado bom é que graças a Deus foi rápido, o pessoal, a médica e a enfermeira foi muito atencioso, elas cuidavam. Eu achei que no meu primeiro parto eu não tive o cuidado que eu tive nesse (I04).”

Fonte: dados da pesquisa, Vitória da Conquista, Ba, Brasil, 2023.

Discussão

Ao avaliar o bem-estar da mulher em situação de parto, utilizando a Escala de Bem-estar materno em situação de parto BMSP2 – versão brasileira abreviada adaptado e validado no Brasil pelos estudos de Jamas¹², pode-se observar problemas éticos encontrados, uma vez que, quando existe a insatisfação da puérpera com um dos itens da escala, infere-se que aquela recomendação não está sendo observada pelos profissionais da saúde. Isto posto, problemas éticos no parto emergem quando atitudes dos profissionais afetam a integridade física e moral, ou trazem prejuízos a mulher e familiares, além da ocorrência de atitudes que venham a causar danos na relação profissional-paciente como consequência da falta de trabalho em equipe.

Assim, perceberam-se neste estudo problemas relacionados a ambiência do local, privacidade das mulheres, infringindo um direito à intimidade resguardado pela Constituição Federal (CF) de 1988¹³. O uso da analgesia e de medidas não farmacológicas de alívio da dor na unidade também tiveram avaliações negativas. Outros dois itens tiveram avaliação heterogênea, como o acompanhamento profissional na unidade de saúde e o contato mãe e filho após o nascimento, uma vez que a avaliação quantitativa e qualitativa dos dados foi divergente.

Nota-se no Brasil uma característica de assistência ao parto intervencionista. Assim, para mudar esse cenário, o enfermeiro pode contribuir por meio de comunicação, acolhimento, promoção da autonomia da mulher, caracterizando a instituição de tecnologias leves em detrimento das duras, exemplificadas em partos cesáreos e uso de instrumentação como o fórceps no parto vaginal. Portanto, orientações devem ser dadas às gestantes baseadas nos melhores níveis de evidência, para que a mulher possa protagonizar o seu parto seguindo o modelo de atenção humanizada¹⁴.

Com isso, respeitar os princípios bioéticos é tornar a assistência humanizada e, para tanto, deve-se considerar a proporcionalidade de intervenções no parto, o uso de medicamentos para a indução ou aceleração do parto, episiotomia e cesariana, relacionando os riscos e benefícios para o binômio mãe e filho, para a adoção de condutas.

Destarte, a humanização do parto possui relação com os princípios de autonomia e dignidade, direitos humanos e respeito à vida. Assim, é necessário respeitar as boas práticas em saúde no parto, adotando condutas menos intervencionistas que garantam a autonomia da mulher e a fisiologia do parto. Portanto, para um cuidado integral levando

em consideração as preocupações e os diversos sentimentos vividos pela mulher, a equipe de saúde deve fornecer informação de qualidade, respeito e incentivo às gestantes¹⁵.

Nessa perspectiva, os princípios bioéticos balizam as condutas profissionais, para uma atuação de respeito às boas práticas no parto. Os princípios bioéticos foram referidos por Beauchamp e Childress¹⁶ e são eles: autonomia, respeito às escolhas da paciente, dando a elas informações para que possam decidir o melhor caminho a seguir; beneficência, entendida como fazer o bem à paciente, garantindo uma assistência integral, tanto do ponto de vista psicológico quanto fisiológico, promovendo o bem-estar; não-maleficência, não usando dos conhecimentos em saúde para causar dano à paciente; e a justiça, associada à equidade em que os recursos em saúde devem ser distribuídos adequadamente de acordo com as necessidades^{14,17}. Nesse sentido, balizar as atitudes profissionais nos aspectos éticos e bioéticos é efetivar a garantia dos direitos humanos em saúde, objetivando um parto humanizado.

Para tanto, os profissionais da saúde devem seguir as recomendações das boas práticas no parto, promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil. Tais recomendações instituem que o cuidado deve manter a dignidade, privacidade e confidencialidade da mulher, permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto¹⁸⁻¹⁹. No entanto, pode-se perceber pelos relatos das mulheres que, no momento do parto, não existe privacidade, e outras pessoas que não são profissionais de saúde presenciam a mulher nas posições de parir. Essa situação é uma violação do direito da mulher à privacidade e intimidade, colocando-a em situação de vulnerabilidade, aumentando a avaliação negativa do bem-estar relacionado com a parturição.

Desse modo, a assistência ao parto deve respeitar a dignidade da mulher, além de sua privacidade e seu direito à intimidade. Isso inclui propiciar um ambiente respeitoso, garantindo privacidade e mobilidade da mulher, de acordo com as necessidades inerentes à fisiologia do parto. Assim, a implantação das suítes de Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP) é preconizada desde 2009, sendo um dos requisitos estruturais para consolidar o processo de humanização no parto. Refutando essas recomendações, o local campo de estudo não atendia a esses requisitos, o que a estrutura física apresentava era pequenos boxes divididos para duas pacientes e seus acompanhantes, com uma mulher alojada em cama e outra em leito móvel tipo maca, situação que ampliava vulnerabilidades a acidentes e desconfortos para uma das parturientes.

Os relatos de constrangimento, por parte das mulheres, ao vivenciarem o parto com a presença de pessoas desconhecidas visualizando as posições de parir violam o direito da mulher a despeito da proteção à maternidade, intimidade e privacidade, garantidos pela CF (88)¹³ em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Humanização – PNH (2003)²⁰ que garante ainda direitos à saúde e direitos humanos a intimidade, honra e direitos reprodutivos

Uma revisão sistemática, que avaliou barreiras na assistência ao parto normal, evidenciou que problemas na infraestrutura estão relacionados com prejuízos à privacidade da mulher e impedem a presença de acompanhante²¹. No presente estudo, os achados inferem que existe a participação do acompanhante, como relatada por todas as participantes. No entanto, os acompanhantes de outras mulheres dividem o mesmo espaço, o que causa nas pacientes acanhamento e sentimentos de insatisfação com o momento vivido, refletindo a qualidade do serviço.

A presente pesquisa apresentou também insatisfação com o uso de analgesia, uma vez que (105) mulheres discordaram ou discordaram totalmente com a afirmação, o que é corroborado pelo estudo de Leal et al.²² que analisou 4.798 mulheres, demonstrando que, embora o seu uso tenha sido duplicado no setor público, quando comparados a dados do período 2011-2017, foi disponibilizada para apenas 16% das puérperas.

O uso de analgesia auxilia no conforto da mulher e diminui as ocorrências de cesáreas a pedido. Uma revisão Cochrane demonstrou que não há risco de aumentos nos índices de cesariana, nem de riscos para o recém-nascido com uso da analgesia peridural. Todavia, ainda que restrita a analgesia em estudos antigos, pode-se aumentar a utilização do parto vaginal operatório com uso do fórceps e/ou vácuo extrator²³.

As recomendações do parto seguro pela OMS¹⁸ que descreve dois tipos de analgesia, a epidural e os opioides parenterais, afirmam que ambos devem ser administrados para aliviar a dor, de acordo com a preferência da parturiente. A epidural deve ser utilizada de forma a evitar complicações e preservar o máximo da função motora, devendo ser instituída em momento oportuno da evolução do trabalho de parto. Em relação ao uso dos opioides, alguns efeitos colaterais são observados, como sonolência, náuseas, vômitos e depressão respiratória no neonato. Sendo assim, outras medidas não farmacológicas de alívio da dor devem ser apresentadas, uma vez que são de baixo custo e de baixa operacionalização²⁴.

Ressalta-se que a simples solicitação da mulher já revela o direito à analgesia, no entanto houve dois relatos de mulheres que referiram estar sentindo muita dor e, em

nenhum momento, foi ofertada analgesia a elas. Outrossim, as mulheres não referiram nas entrevistas uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Além disso, durante a observação do local campo de estudo, foi possível perceber que até banhos quentes para alívio da dor eram difíceis, uma vez que no pré-parto os banheiros eram compartilhados entre as parturientes.

No processo de parturição, as técnicas não farmacológicas de alívio da dor incluem as técnicas de relaxamento, respiração, musicoterapia, uso de compressas quentes, técnicas de distração e relaxamento, movimento, bola, toque e massagem, acupressão, aromaterapia, acupuntura, yoga, injeção de água estéril, hipnose, biofeedback, TENS e imersão em água¹⁹. Para a realização dessas técnicas, é necessário que os profissionais da saúde discutam com a paciente as possibilidades disponíveis, bem como suas vantagens e desvantagens, para que ela tenha condições de exercer sua autonomia, escolhendo como deseja parir, mantendo o protagonismo da mulher no parto, levando em consideração o respeito aos princípios da autonomia e beneficência.

Nessa perspectiva, o Código de Ética de Enfermagem dispõe no seu artigo 17 que é dever do profissional “Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e das intercorrências acerca da assistência de enfermagem”²⁵, condição que reforça o dever ético do profissional de informar sobre as opções disponíveis para que a mulher decida sobre a condução do seu processo de parturição.

Além disso, as normas para garantir Segurança do Paciente versam, também, sobre a comunicação efetiva, que todo profissional deve fornecer a informação sem ambiguidades, de forma clara e concisa, certificando-se de haver entendimento por parte do receptor da mensagem. É também preconizado envolver o paciente nos seus cuidados em saúde, o que deve ser feito a partir da oferta de informações²⁶⁻²⁷.

Portanto, a assistência ao e durante o processo de parturição deve evitar práticas invasivas e humilhantes para a mulher, buscando uma abordagem humanizada e valorizando a experiência dessa mulher no parto, promovendo o respeito ao ritmo do parto, ao contato pele a pele imediato com o recém-nascido e à amamentação precoce. Isso favorece a vinculação mãe e bebê.

Em relação ao acompanhamento profissional, pontos negativos e positivos foram levantados pelas mulheres, podendo inferir que melhorias aconteceram nos serviços de assistência à mulher no parto. Uma das mulheres referiu descaso na assistência, por parte da equipe de enfermagem, o que refuta a literatura estudada que aponta melhor

atendimento às recomendações das boas práticas no parto pelos enfermeiros.

Destarte, a postura do profissional na assistência pode estar diretamente ligada às escolhas das mulheres, uma vez que atitudes como condutas impróprias, negligência e falta de compaixão podem levar a um distanciamento da mulher²¹. Outro fato é a soberba e o sentimento de poder dos profissionais, indicando uma relação assimétrica e fazendo com que a mulher não questione as condutas. Como demonstrado no estudo de Frank et al.²⁸ quando avaliou os motivos que levam as mulheres à escolha do parto cesáreo, muitas afirmaram que tinham receio de questionar ao profissional devido à posição de hegemonia e detentora do saber adotada por eles. Atitudes como essas levam à inobservância da autonomia da mulher, fazendo com que ela deixe de ser a protagonista do parto.

No entanto, outra mulher referiu que a enfermeira foi essencial para a evolução do trabalho de parto, conduzindo e dando apoio nesse momento. Esse dado, corrobora a pesquisa de Moura et al.²⁹ ao analisar prontuários de mulheres e verificar que a inserção do enfermeiro no cenário obstétrico está relacionada a uma assistência que respeita a fisiologia do parto, realiza intervenções necessárias direcionadas às boas práticas. Assim, foi possível verificar que os partos sem enfermeiros tinham menos utilização das medidas não farmacológicas para alívio da dor e fluxo do partograma, ausência de acompanhante no parto e privação da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido. Já em relação às intervenções obstétricas, os partos assistidos por enfermeiros residentes em obstetrícia tiveram menos uso de intervenções a exemplo da episiotomia²⁹.

Diante do exposto, enfatiza-se que a atuação do enfermeiro no parto sem distócias é importante por reforçar o uso de boas práticas e diminuição no quantitativo de intervenções. Isso incentiva vivências humanizadoras no parto, elevando consequentemente a satisfação das mulheres. Nesse sentido, permear as discussões balizadas nos princípios bioéticos e na deontologia provocará reflexão sobre o agir e a prática profissional, o que favorece o atendimento aos direitos das mulheres e a manutenção de um parto seguro e respeitoso.

Em relação à última dimensão da escala, que recomenda a manutenção dos RN em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento para prevenir hipotermia e promover a amamentação, associada à recomendação àquelas mães que são capazes de amamentar, mesmo os RN com baixo peso ao nascer, devem ser colocados no peito o mais rápido possível, respeitando a Golden Hour¹⁸⁻¹⁹.

Um estudo que avaliou 200 mulheres na atenção primária sobre sua assistência no parto verificou que a grande maioria (90%) das mulheres pode estar com seu filho no

primeiro momento do nascimento, o que é favorável uma vez que o vínculo entre mãe e filho é importante para estimular o desenvolvimento infantil, promover o aleitamento materno e colonização da pele do bebê³⁰. Outro estudo de metanálise, que avaliou os benefícios do contato pele a pele, identificou maior chance de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, amamentação aos quatro meses e a estabilidade do sistema cardiorrespiratório em prematuros durante as primeiras 6h de vida³¹. Portanto, respeitar o contato da mãe com o bebê proporcionará benefícios, reduzindo complicações, devendo os profissionais balizarem sua prática em condutas que levem à assistência humanizada.

Na presente pesquisa, os dados quanto à amamentação foram heterogêneos, inferindo que a conduta dos profissionais de saúde pode não ser padronizada quanto a esse direito, o que pode desfavorecer o estabelecimento da amamentação.

No bojo dessa discussão, foram observados, na presente pesquisa, relatos das mulheres entrevistadas que refutam os quantitativos finais da amostra, quanto ao contato mãe e recém-nascido após o parto, enquanto 15,15% (60) das mulheres, no universo pesquisado, referiram insatisfação com a possibilidade em amamentar seus bebês após o parto. Os dados da entrevista demonstraram estar presente o incentivo à amamentação e ao contato no primeiro momento de vida, sendo inclusive um diferencial positivo em comparação a outras experiências de parto. Diante disso, torna-se importante continuar estimulando esse contato mãe e RN em todas as unidades de saúde, garantindo os benefícios em saúde para ambos.

Por fim, este estudo apresenta como limitação o viés do desejo e na habilidade social, uma vez que as mulheres avaliaram a assistência na unidade quando ainda estavam internadas; ter sido efetuado em uma cidade, sendo possível não ter a realidade compatível com outras localidades. O fato de ter sido realizada em hospital municipal, que atende à macrorregião sudoeste e norte de Minas Gerais, por estar localizado em um município de referência do estado da Bahia e possuir proximidades com o estado de Minas Gerais, torna o estudo representativo para a região.

Conclusão

Com este estudo, foi possível verificar a satisfação das mulheres, considerando a qualidade da assistência e do serviço recebido dos profissionais no momento do parto. Verificou-se que a maioria das mulheres avaliou como bem-estar a sua vivência, relacionando que o serviço ofertado é ótimo. A assistência à mulher se insere em um

contexto de violação aos direitos fundamentais básicos, ao se considerar a inobservância dos princípios bioéticos, de autonomia das mulheres, a insuficiência de informações que possibilitassem decidir sobre o uso da analgesia no parto. O desrespeito à privacidade elevou a avaliação insatisfatória com o bem-estar no parto.

Conclui-se que melhorias precisam ser instituídas, principalmente na dimensão relacionada à qualidade do relacionamento durante o cuidado. As intervenções desnecessárias ainda estão presentes, e as boas práticas recomendadas ainda não atingem todas as mulheres. Torna-se necessário que os gestores das instituições de saúde e seus profissionais repensem sua atuação para efetivar o parto como um evento fisiológico que permita o protagonismo das mulheres, como inserção de uma equipe multiprofissional na assistência ao parto, reaproveitamento de espaços da unidade para melhorar a ambiência, fluxo dinâmico de atendimento e cursos que tragam reflexão sobre o atendimento às boas práticas pelos profissionais.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Colaboradores

A autora C.S. Biondo colaborou na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. O autor S.D. Yarid colaborou na concepção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Todos os autores declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Informações adicionais

ORCID: Chrisne Santana Biondo (0000-0002-0583-5491) e Sérgio Donha Yarid (0000-0002-6447-0453)

Referências

1. Palharini LA, Figueirôa SFM. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018; 25(4): 1039-1061. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>.
2. Silva AF, De Assis BF, Melo NGR, De Oliveira RAFAEL, Bezerra PVV, De Oliveira TC, Bacelar LF et al. Atuação do enfermeiro obstetra na Assistência ao parto: Saberes E Práticas Humanizadas. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research–BJSCR*. 2018; 23(3): 87-93. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjsr>.
3. Picheth SF, Crubellate JM, Verdu FCA. transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018; 25: 1063-1082. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500009>.
4. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
5. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA et al. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(1):173-179. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179>.
6. Oliveira M De NJ, de Sousa NF, dos Santos Silva S, Cunha KJB et al. Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019; 20:e378. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e378.2019>.
7. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. SILVA RRA. da Coordenadora. Agenda 2030: ODS-Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável. 2018.
8. Estumano VKC, de Melo LGDS, Rodrigues PB, do Rêgo Coelho AC et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*. 2017; 7(19): 83-91. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.19.83-91.
9. Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas [online]*. 2018; 26(1): e43278. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.
10. dos Santos ALS, da Paz CT, Fraga BGG, Barreto FL, Gramacho RDCCV, da Silva Borges AJ. Bioética e Parto Humanizado. *Textura*. 2019; 13(21): 93-103. DOI: <https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p93-103>.
11. Alvares AS, Corrêa ÁCDP, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK et al. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar

materno. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71: 2620-2627. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.

12. Jamas MT, Ferretti-Rebustini REDL, Rebustini F, Gonçalves IR, Gouveia LMR, Hoga L AK. Evidências de validade da escala de Bienestar Materno em Situação de Parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021; 34 (APE02843): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02843>.

13. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

14. Souza FMDLC, dos Santos WN, da Costa Santos RS, Rodrigues OB, Santiago JDCD, da Silva RAR. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enfermagem em Foco*. 2019; 10(2). DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>.

15. Corvello CM, Pantoja AS, Bulhões MPDSS, Araújo LT, Veras NLP, Furtado ABG, da Silva Raiol L. A enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2022; 11(3): e37311325759-e37311325759. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.25759>.

16. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.

17. Castillo RH. Bioética y derecho en el cuidado del recién nacido durante el parto. *Revista Quaestio Iuris*. 2021; 14(04): 1845-1863. DOI: 10.12957/rqi.2021.55388.

18. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.

19. Brasil. Diretriz nacional de assistência ao parto normal ministério da saúde versão preliminar Brasília – DF, 2022.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Humaniza SUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.

21. de Freitas Oliveira C, Ribeiro AÂV, Luquine Jr CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, Barreto JOM. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020; 44. DOI: 10.26633/RPSP.2020.132.

22. Leal MDC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVDS, Silva LBRADA, Thomaz EBAF, Vilela MEDA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35 (7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.

23. Anim Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5:CD000331. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>.
24. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao parto da gestante de risco obstétrico habitual. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo n. 94/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).
25. Resolução COFEN Nº 564/2017. Disposições sobre o código de ética do profissional de enfermagem. Disponível em: – RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil.
26. Brasil. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
27. Conselho De Enfermagem De São Paulo. Segurança do paciente, guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. – São Paulo: COREN-SP, 2022. ISBN 978-65-993308-3-4.
28. Frank AGF, Marcomini EK, da Cunha Smaniotto E, de Moraes DG, Gerbasi ARV, de Paula NVK et al. Parto normal: barreiras sob a óptica das parturientes. *Revista Saúde. Com.* 2021; 17(4). DOI: <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i4.7995>.
29. de Moura Alves TC, Coelho ASF, de Sousa MC, Cesar NF, da Silva OS, Pacheco LR. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enfermagem em Foco.* 2019; 10(4). DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210>.
30. da Silva MJS, da Silva TDS, de Souza DRS, de Souza AMG, dos Santos Ferreira TL, de Andrade FB. Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. *Revista Ciência Plural.* 2020; 6(1): 1-17. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292.
31. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 25; 11(11):CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

5.3

Percepções acerca trabalho de parto e parto à luz da bioética**Perceptions about labor and parturition in the light of bioethics**

¹Chrisne Santana Biondo, Núcleo de pesquisa em Bioética e Espiritualidade (NUBE) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia, Brasil, tity_biondo_enf@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0583-5491>.

²Sérgio Donha Yarid, Núcleo de pesquisa em Bioética e Espiritualidade (NUBE) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, yarid@uesb.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6447-0453>.

Resumo

Objetivo: compreender as percepções sobre o trabalho de parto e parto para mulheres a partir dos aspectos deontológicos e bioéticos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa. O cenário foi um Hospital Municipal do sudoeste da Bahia, em que participaram 16 puérperas internadas no período de janeiro a maio de 2023, escolhidas aleatoriamente até a saturação dos dados, que responderam à entrevista. As entrevistas foram transcritas literalmente para submissão da técnica de Análise de Conteúdo Mecanizada Lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ, utilizando a Análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). **Resultados:** Os segmentos de texto foram dimensionados e classificados em seis classes divididas em dois eixos, que demonstraram experiência positiva das mulheres, relacionado a efetivação do direito ao acompanhante e ao acompanhamento dos profissionais em partejar a mulher, incentivando em instruir o trabalho de parto, além de encorajá-las no processo. Os pontos negativos estão relacionados à dor, tanto no trabalho de parto normal, quanto no pós-cesáreo. Destarte, ficaram evidentes violências obstétricas, como a realização da Manobra de Kristeller, a amniocentese prematura e toques doloridos. **Conclusão:** Há inobservância dos princípios da beneficência, não-maleficência e autonomia. Os dados apontaram a realização de atividades proscritas na assistência ao parto, o que pode impactar no estabelecimento de vínculo entre mãe e filho e nos cuidados dispensados ao recém-nascido. Portanto, faz-se necessária reflexão dos profissionais acerca das suas atitudes, efetivando as boas práticas no parto.

Palavras-chaves: Bem-estar materno, Bioética, Ética Profissional, Satisfação do Paciente, Trabalho de Parto.

Abstract

Objective: To understand the perceptions about labor and delivery for women from the deontological and bioethical aspects. **Methodology:** This is a cross-sectional study with a qualitative approach. The setting was a Municipal Hospital of the Southwest of Bahia, where 16 puerperal women hospitalized from January to May 2023, randomly chosen until data saturation, who answered the interview, participated. The interviews were literally transcribed for submission of the Lexical Mechanized Content Analysis technique with the aid of the IRAMUTEQ software, using the Descending Hierarchical Classification Analysis (DHC). **Results:** The text segments were dimensioned and classified into six classes divided into two axes, which demonstrated a positive experience

of the women, related to the realization of the right to a companion and the accompaniment of the professionals in parting the woman, encouraging in instructing the labor, besides encouraging them in the process. The negative points are related to pain, both in normal labor and in the post-cesarean section. Thus, obstetric violence was evident, such as the performance of the Kristeller Maneuver, premature amniocentesis and painful touches. **Conclusion:** There is non-observance of the principles of beneficence, non-maleficence and autonomy. The data pointed to the performance of proscribed activities in childbirth care, which can impact the establishment of a bond between mother and child and the care provided to the newborn. Therefore, it is necessary for professionals to reflect on their attitudes, putting into effect good practices in childbirth.

Key-words: Maternal Welfare, Bioethic, Ethics Professional, Patient Satisfaction, Labor Obstetric.

Introdução

Do século XVI ao XVIII, as mulheres davam à luz em suas residências, com partos não intervencionistas em que a parturiente protagonizava o momento, numa vivência humana, afetiva e familiar. Com a descoberta do fórceps e da fisiologia do parto, possibilitando intervir no maior controle desse evento, o parto hospitalar foi ganhando espaço, e surgiram as maternidades, alterando significativamente a redução dos óbitos maternos e neonatais. No entanto, essa nova realidade sonogou a individualidade e o protagonismo da mulher, sendo impostas as rotinas hospitalares, restando a incerteza em escolher o tipo de parto e as posições de parir ⁽¹⁾.

É notório que a abordagem do parto no Brasil é cercada de intervenções, no entanto a humanização no ciclo gravídico e puerperal consiste no respeito à fisiologia do parto, e às boas práticas recomendadas para manter a saúde da mãe e Recém-Nascido. Além disso, objetiva-se manter a autonomia da mulher, através de informação de qualidade disponibilizada no pré-natal que a possibilite fazer escolhas.

Nesse sentido, observa-se um aumento do uso de tecnologias duras, como cesárea e uso do fórceps, em detrimento das tecnologias leves, como o acolhimento e a interrelação profissional e gestante, e leves-duras exemplificadas no uso das medidas não farmacológicas de alívio da dor ⁽¹⁾. Essa situação vai de encontro às recomendações nacionais e internacionais, que estimulam o parto ser vivido de forma plena pela mulher e sua família. Portanto, a humanização desse momento e adoção das práticas seguras no parto devem ser respeitadas, uma vez que a sua inobservância pode ser considerada negligência por parte dos profissionais da saúde.

No bojo dessa discussão, observa-se um percentual de 57,01% de cesáreas para o ano de 2021 e os dados preliminares para 2022 são de 58,15%, cesarianas no Brasil ⁽²⁾. Isso contraria a indicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de cesáreas estarem na faixa entre 10 e 15%, e, no contexto brasileiro, uma taxa de referência em torno de 29% ⁽³⁾. Contudo, os valores maiores não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal, sendo necessário respeito às boas práticas recomendadas na assistência ao parto, coadunando com melhor bem-estar da mulher e prevenção da morbimortalidade materna e neonatal.

Nesse sentido, quando acontecem situações que excluem o direito das gestantes a um parto digno e humanizado, com excesso de intervenções, gera-se um problema ético. Este é entendido como desafios no parto e puerpério imediato com atitudes que afetem a

integridade física e moral, que tragam prejuízos a mulher e familiares e a falta de trabalho em equipe que venham a causar danos à assistência. Partindo desse contexto assistencial no período de parturição, uma busca na literatura permitiu identificar diversas situações que ferem os direitos das mulheres no parto e puerpério, a exemplo de negligência, maus tratos físicos, psicológicos e verbais, tornando imprescindível a reflexão dos profissionais quanto sua prática em saúde, visando solucionar problemas éticos e garantir uma conduta ética no parto ⁽⁴⁻⁵⁾.

Os citados problemas nesse contexto requerem o suporte da bioética, que é entendida como um estudo sistemático da conduta humana, e da deontologia, por envolver várias condutas éticas profissionais contidas nos códigos de ética. Isso abre espaço para a reflexão dos profissionais acerca de sua prática, considerando a ética aplicada ao cuidado, requisito importante para a qualidade e segurança do cuidado ⁽⁶⁾. Assim, entender se os princípios bioéticos são respeitados ou considerados durante os cuidados da parturiente coaduna com a garantia dos direitos das mulheres, efetivando a humanização no parto.

Os princípios bioéticos que pautam as condutas profissionais mencionados por Beauchamp e Childress ⁽⁷⁾ tratam da não-maleficência, entendida como as ações que não ensejem mal ao paciente, resguardados os riscos mínimos aceitáveis dos procedimentos em saúde; a beneficência, visa trazer benefícios aos pacientes em todos os aspectos biológicos e psicológicos, com elevação do bem-estar e satisfação; a autonomia que permite ao paciente decidir sobre sua saúde, com uso dos conhecimentos adquiridos e as informações fornecidas pelos profissionais; e a justiça, que se assemelha à equidade, com a distribuição adequada dos recursos em saúde de acordo com a necessidade de cada paciente.

Destarte, compreender o que representou o trabalho de parto partindo do olhar das mulheres promove a discussão acerca da assistência em saúde, permitindo difundir conhecimento que embasa modificação de situações, que sejam físicas ou emocionalmente indesejáveis para elas. Assim, um estudo desse caráter difundirá reflexões éticas sobre a temática, fornecendo embasamento teórico aos profissionais a fim de fomentar ações que garantam as boas práticas no parto, efetivando uma assistência ética, livre de negligência, imperícia e imprudência. Ressalta-se ainda que são incipientes na literatura estudos que tratem da visão bioética e deontológica na avaliação da qualidade do parto sob a óptica das próprias mulheres.

Diante disso, constitui-se objetivo do estudo compreender as percepções sobre o trabalho de parto e parto para mulheres a partir dos aspectos éticos e bioéticos.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter observacional e abordagem qualitativa. O cenário da pesquisa foi um Hospital Municipal do sudoeste da Bahia. A amostra foi do tipo conveniência, composta por puérperas que estavam no alojamento conjunto no período de janeiro a maio de 2023. Os critérios de inclusão observados foram: possuir 18 anos ou mais de idade; permanecer no mínimo 4h em trabalho de parto em qualquer unidade dentro da maternidade, para terem vivências de assistência no local do estudo. Os critérios de exclusão foram: mulheres que realizaram o parto por cesáreas eletivas e programadas e puérperas que não estavam emocionalmente estáveis para responder a entrevista.

As mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, e que concordaram em participar do estudo, foram avaliadas quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado. Participaram 15 mulheres, escolhidas

aleatoriamente até a saturação dos dados, que responderam à entrevista, gravada em meio digital com as seguintes questões: O que representou seu trabalho de parto? Como você descreve a sua experiência durante o parto? Quais aspectos positivos e negativos do seu trabalho de parto? Relate um fato marcante para você durante o seu trabalho de parto e parto envolvendo a assistência na unidade ou algum profissional de saúde.

A abordagem aos participantes incluiu as orientações sobre o objetivo da pesquisa e a explicação sobre o método de coleta de dados. Após a abordagem, a entrevista foi efetuada apenas pela pesquisadora principal do estudo, que se aproximou das participantes no momento da coleta. A aplicação do instrumento de coleta demandou aproximadamente 10 minutos para a sua realização, que se deu no quarto da paciente, quando não havia outras puérperas internadas, no campo de estudo. Não houve desistências de participação. As participantes do estudo manifestaram sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

As entrevistas foram transcritas literalmente para submissão da técnica de Análise de Conteúdo Mecanizada Lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). O referido programa oferece dois grupos de análises textuais, a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), e as análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Os dados sociodemográficos foram processados e agrupados para compor o *corpus* deste estudo

Como resultado do processamento, emergiu um *corpus* que incluiu todos os textos da entrevista transcritos sobre a percepção das puérperas acerca do trabalho de parto e parto. Para este estudo, consideraram-se os resultados que emergiram da Análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o que evidenciou a análise das raízes lexicais e os contextos de onde resultaram as classes, de acordo com o segmento textual do *corpus* da pesquisa⁽⁸⁾. As entrevistas foram codificados a partir do número de ordem da UCE e o valor da associação do teste qui-quadrado a determinada classe. Ex: (E 05, x2 =419.90).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CAAE nº 57361022.8.0000.0055/parecer nº 5.539.474, do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em consonância com os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que tratam sobre pesquisas com seres humanos, constituindo um subprojeto da pesquisa intitulada “Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto”. O método teve fundamento no Guia Internacional para preparo de manuscritos Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (Coreq).

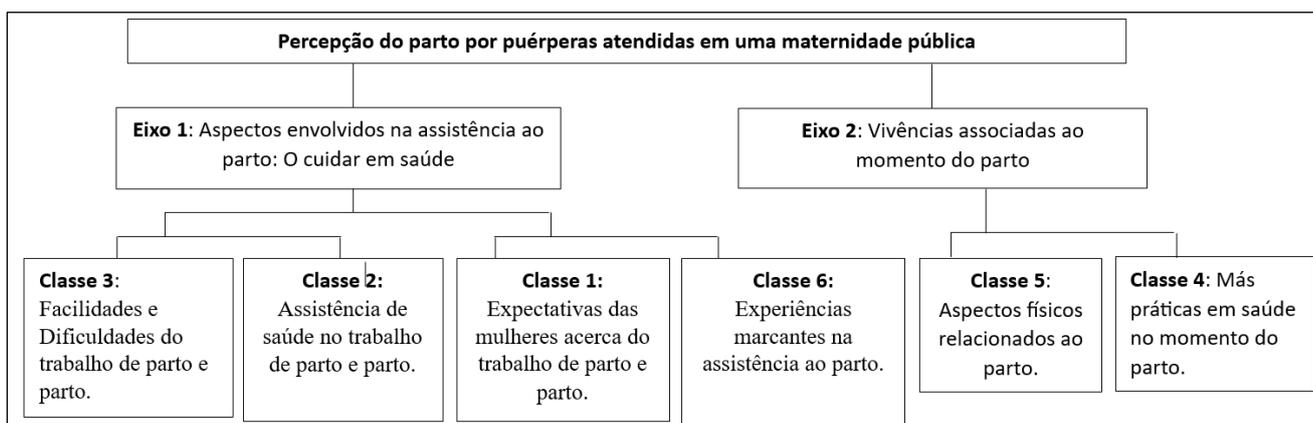
Resultados

A amostra contou com 15 puérperas, os dados sociodemográficos em evidência foram 13 na faixa etária entre 25-35 anos, 14, quase a totalidade da amostra, viviam com o parceiro, 14 tinham a cor da pele parda ou preta, 09 eram católicos, 10 tinham a ocupação do lar e 10 teve o parto por via vaginal. Os motivos da cesárea foram hipertensão materna, presença de mecônio, baixo peso fetal e aumento dos batimentos cardíofetais (BCF) durante o trabalho de parto.

O *corpus* geral foi constituído por 15 textos, separados em 150 segmentos de textos (ST) com aproveitamento de 115 ST (76,67%). Emergiram 5.085 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 607 palavras distintas e 263 com uma única ocorrência. Os segmentos de texto foram dimensionados e classificados na CHD, que definiu seis classes distribuídas em dois eixos temáticos.

A abordagem deste estudo concentra-se na discussão nos seguintes eixos: Eixo 1 “Aspectos envolvidos na Assistência ao parto: O cuidar em saúde”, constituídas das classes temáticas: 1- Expectativas das mulheres acerca do trabalho de parto e parto; 2- Assistência de saúde no trabalho de parto e parto; 3 – Facilidades e Dificuldades do trabalho de parto e parto e 6 - Experiências marcantes na assistência ao parto. E Eixo 2, “Vivências associadas ao momento do parto” que, em primeiro momento, compostas pelas classes temáticas 04, “más práticas em saúde no momento do parto” e 05 “Aspectos físicos relacionados ao parto, conforme Figura 1.

Figura 1 - Distribuição das classes temáticas em eixos, oriundas da classificação hierárquica descendente. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023



Fonte: Autores (2023).

EIXO 1: ASPECTOS ENVOLVIDOS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: O CUIDAR EM SAÚDE

Esse eixo aborda a assistência profissional, que permeia os cuidados no parto. Assim, as puérperas referiram sobre suas expectativas em relação ao parto, o que representou esse momento para elas e como foi a parturição na unidade.

Assistência de saúde no trabalho de parto e parto – CLASSE 02

Essa classe emergiu a partir do questionamento feito às puérperas acerca de experiências que marcaram o trabalho de parto e parto, relacionadas a assistência na unidade ou algum profissional específico. Abaixo, as unidades de falas demonstram que a experiência das mulheres foi positiva.

“aconteceu assim de uma forma que eu tive muito apoio das enfermeiras ali me ajudando na hora de como meu parto foi normal então elas estavam ali comigo o tempo todo então foi bem tranquilo e meu esposo também do lado.” (Informante 02, X²= 3,9)

“Eu fiquei muito conhecida no hospital, porque eu dancei muito, eu dancei Calypso e as meninas do quarto ficou me chamando de Joelma, até hoje eu sou

a Joelma do hospital. E Foi muito bom, foi divertido, eu me diverti. E a Dra. Livia em si na hora do parto também, da cesárea ela colocou playlist, é foi com música então assim, foi muito bom” (Informante 13, X²= 8,9)

Facilidades e Dificuldades do trabalho de parto e parto – CLASSE 03

Essa classe emergiu após questionada às mulheres quais eram os aspectos positivos e negativos da vivência relacionada com o trabalho de parto e parto na unidade, revelando que os aspectos relacionados a dor, tanto no trabalho de parto normal, quanto no pós-cesáreo, são os mais negativos. Já os positivos estão relacionados ao rápido atendimento a efetivação do direito ao acompanhante, revelando os benefícios em ter alguém do convívio da mulher acompanhando o parto.

“é porque eu vivi meio que os 2 porque eu passei o dia me preparando para o normal. o que está sendo mesmo a experiência negativíssima do cesáreo é o pós, o pós cesáreo tá sendo muito tenso para mim mesmo muitas dores muito incômodo” (Informante 13, X²= 34,11)

“bem de positivo porque eu tava ansiosa para ela ter nascido e também pela questão que o pai dela acompanhou o parto e me ajudou fazer e de negativo só mesmo as contrações” (Informante 06, positivo, X²= 28,54).

Essa classe, ora em análise, revelou ainda uma atitude de superação de expectativas nas mulheres, evidenciando melhorias na assistência em saúde.

“então assim foi ótimo foi mais do que eu esperava pra te falar a verdade então assim a experiência foi muito boa positivo foi o atendimento rápido muito achei desde a hora que eu entrei” (Informante 02, X²= 18,49).

Expectativas das mulheres acerca do trabalho de parto e parto – CLASSE 01

Nessa classe, observou-se que o medo permeia o imaginário feminino em relação ao parto, principalmente em relação à falta de assistência nas unidades de saúde. Contudo, os dados evidenciaram que, para a população estudada, houve assistência e acompanhamento pelos profissionais de saúde durante o processo de parturição.

“medo só que aqui foi bem tranquilo porque sei lá eu fiquei com medo né a gente escuta falar tanta coisa. ai a gente fica com medo de vim chegar ai parir sozinha ou chegar ai e por exemplo te colocar lá na maca e te deixar lá eu tinha medo dessas coisas acontecer” (Informante 04, X²= 3,25).

“eu fiquei muito feliz porque é o caso que eu tava te falando que eu tinha medo né de não ter ali uma pessoa ali me socorrendo e ela me ajudou muito me ensinando o que eu tinha que fazer e tal” (Informante 02, X²= 3,25).

Experiências marcantes na assistência ao parto – CLASSE 06

Essa classe resultou das falas das puérperas relacionadas às suas vivências no parto, bem como sobre situações que marcaram seu imaginário e sempre serão recordadas. Ficou evidente o acompanhamento dos profissionais em partejar a mulher, incentivando em instruir o trabalho de parto, além de encorajá-las no processo.

“foi muito bom mesmo então essa enfermeira específica que eu não me lembro não sei o nome foi assim a uma pessoa que marcou ali pra mim naquele momento teve uma enfermeira, mas eu não sei o nome dela assim eu sei que essa enfermeira foi a enfermeira ela me ensinou tipo tudo que eu tinha que fazer pra ajudar ele sair mais rápido” (Informante 02, X²= 36,63).

“o acompanhamento deles comigo o que me marcou e sempre me marca é que eu consigo sempre ter os meus filhos sem ajuda de praticamente ninguém com a minha própria ajuda com minha própria experiência” (Informante 06, X²= 5,21).

EIXO 02: VIVÊNCIAS ASSOCIADAS AO MOMENTO DO PARTO

Esse eixo desvelou situações relacionadas às más práticas dos profissionais na condução do parto, demonstrando que, embora existam melhorias na assistência, faz-se necessário refletir e instituir modificações na prática em saúde.

Más práticas em saúde no momento do parto – CLASSE 04

Ao investigar como foram as experiências das mulheres no trabalho de parto e parto, emergiram dados que apontam para violências obstétricas, como a realização da Manobra de Kristeller e a amniotomia prematura, como demonstra as unidades de fala abaixo.

“eu tava com 9cm de dilatação mas não tinha mais forças eu tava sem comer vomitando e tudo minha perna começou a dar câimbras ai a médica chegou uma obstetra, na hora não conseguiu tirar com fórceps e o médico acho que foi umas 2 ou 3 vezes subiram na minha barriga e aí depois eu não vi neném mais nem chorando e nem nada porque quando eles tirou, assim não desmaiei, mas quase desmaiava” (Informante 15, X²= 31,51).

“eles colocaram o soro eu não sei nem porque, porque eu já estava com 5 dedos, aí acho que foi só para acelerar mais um pouco e quando chegou no 6 já estourou a bolsa eles estouraram” (Informante 16, X²= 3,73).

Aspectos físicos relacionados ao parto – CLASSE 05

Essa classe aponta os aspectos físicos negativos do parto, sendo possível perceber a dor sempre se faz presente, como evidenciam as falas abaixo.

“foi ruim por causa das dores era as dores quando vinha muito forte, mas também na hora que teve acabou a dor ruim” (Informante 07, X²= 30,99).

“foi muito difícil bem difícil eu fiquei muito tempo sentindo muita dor foi bem demorado eu cheguei aqui 14h30 e só fui ganhar ela 19h30 da noite sofrida” (Informante 05, dor, X²= 30,99).

Outro dado evidenciado foi acerca dos toques doloridos, mesmo não sendo recomendados toques desconfortáveis e violento, uma vez que institui um tipo de violência obstétrica.

“então, para eu parir no plantão dela ela precisava meio que adiantar o processo né aí teve 2 toques que foi bastante violento mesmo me deixou um pouco traumatizada” (Informante 13, X²= 4,51)

Discussão

Foi possível perceber que muitas mulheres da amostra revelam terem tido suas expectativas superadas em relação a assistência na unidade, evidenciando melhorias na assistência ao parto. Tal fato corrobora os dados sobre melhorias na assistência à mulher em situação de parto, desde a promulgação da Rede Cegonha em 2011. Essa rede visa assegurar à mulher e à criança a organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS); ao garantir o planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro ⁽⁹⁾.

O estudo de Leal et al.⁽¹⁰⁾ que comparou dois projetos, o Nascer Saudável e Rede Cegonha de 2017 e o Nascer no Brasil de 2011 – 2012, que investigou 4.798 mulheres, observou que a presença do acompanhante e as boas práticas recomendadas no trabalho de parto tiveram dados mais expressivos em 2017. São dados que se assemelham ao encontrado na classe 01 e eixo 02 da presente pesquisa, ao observar que muitas mulheres afirmaram ter suas expectativas superadas em se tratando da assistência em saúde e a presença do acompanhante que fez com que aumentasse a satisfação com o trabalho de parto.

No bojo dessa discussão, a bioética estimula o respeito à dignidade e intimidade da mulher, garantindo sua privacidade, através de um ambiente respeitoso, que encoraja a presença de acompanhante de sua escolha em todas as fases do parto. Essas ações são pautadas no princípio bioético da beneficência, entendida como promover benefícios à paciente tanto nos aspectos fisiológicos quanto psicológicos, tornando assim a experiência satisfatória. Com isso, ao respeitar esse princípio na atuação ao parto, o profissional irá conduzir a assistência guiada pelas boas práticas recomendadas ⁽⁶⁾.

Contudo, os achados permitiram perceber que ainda existe a inobservância das recomendações de boas práticas no parto, uma vez que houve relatos de práticas invasivas, como demonstrado no eixo 02 e classes 4 e 5, através de intervenções como a manobra de Kristeller, a amniotomia prematura, interrupção da alimentação no trabalho de parto e realização de toques excessivos e dolorosos. Esses dados são refutados pela pesquisa de Leal et al. ⁽¹⁰⁾ que demonstrou diminuição de intervenções não recomendadas de rotina durante o parto vaginal, a exemplo da posição em litotomia, realização de episiotomia e da manobra de Kristeller – foram menores nos estudos de 2017, entre 20% e 50%, e na região Norte e Nordeste as Medidas não farmacológicas de alívio da dor e alimentação durante o trabalho de parto tiveram aumento de 50% na avaliação da Rede Cegonha em 2017. ⁽¹⁰⁾

Os dados do presente estudo apontam a ocorrência de problemas de cunho ético e de desrespeito ao princípio bioético da não-maleficência, a realização da Manobra de Kristeller e a amniotomia prematura. Essas ações são realizadas, utilizando como justificativa a aceleração do trabalho de parto, contudo não existem na literatura relatos de seus benefícios para o binômio mãe e filho. Assim, minimizar os riscos que essas ações podem causar física e psicologicamente à mulher deve ser uma prioridade da assistência na parturição.

A literatura versa que, embora tenha tido uma diminuição da realização da Manobra de Kristeller, observou-se no estudo de Leal et al. ⁽¹⁰⁾ que ainda é mencionado por um sexto das mulheres mesmo não sendo recomendada em qualquer circunstância, uma vez que existem preocupações com danos potenciais que podem causar à mãe e ao bebê, sendo preconizada nas recomendações pelo parto seguro a não realização deste procedimento ⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde banuiu essa técnica por não respeitar o tempo fisiológico do parto e ser considerada uma técnica agressiva, em que o profissional utiliza as mãos, cotovelos ou braços para realizar a pressão fúndica e acelerar o período expulsivo, podendo causar na mãe lesões graves como rotura uterina, dispareunia e incontinência urinária 6 meses após o parto e lesão do esfíncter anal e, no Recém-Nascido, fraturas e distocias de ombro, aumento do risco de escore de Apgar abaixo de sete no quinto minuto, danos cerebrais, como hipoperfusão e paralisia cerebral ⁽¹²⁻¹³⁾. Isto posto, existem outras ações que têm evidências de benefícios para o período expulsivo, como a liberdade de movimentação no trabalho de parto, posições que usem a gravidade à favor da expulsão e a deambulação para ajudar a dilatação fluir normalmente no trabalho de parto ⁽¹²⁾.

Com base nessa discussão e considerando o código de ética dos profissionais de enfermagem, que dispõe sobre a enfermagem ser uma profissão comprometida com a qualidade em saúde com direito a recusar realização de procedimentos que não ofereçam segurança à pessoa, família ou coletividade ⁽¹⁴⁾, o Conselho de Enfermagem do Rio Grande do Sul, através da Decisão Nº 095/2016, veda a participação de profissionais de enfermagem na realização da Manobra de Kristeller ⁽¹⁵⁾.

Nessa mesma perspectiva, o código de ética médica veda, em seu artigo 14, atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação ⁽¹⁶⁾, sendo antiética a realização da

manobra de Kristeller, uma vez que as evidências científicas demonstram falta de benefícios e presença de complicações. Portanto, garantir as leis vigentes e respeitar os códigos de ética profissionais podem ser vistos como forma de agir fundamentado na beneficência, e ao mesmo tempo exercer a atividade com justiça e possibilitando o agir autônomo da mulher, para garantir que os direitos humanos sejam respeitados, com ações para o cuidado humanizado.

Outra prática não recomendada na assistência ao parto é o toque vaginal sucessivo, sendo recomendada sua limitação ao necessário, utilizando na fase de dilatação um exame de toque a cada quatro horas. Toques com intervalos menores podem elevar o risco de infecção materna e neonatal. Assim, ao observar as evoluções após a implantação da Rede Cegonha de 2011, através de estudo realizado no ano de adesão à Rede com 377 mulheres e replicado quatro anos após com 586 mulheres, constatou-se que houve redução na quantidade de toque vaginal, considerando até 05 toques durante o trabalho de parto (de 73,7% para 62,1%), no entanto, houve aumento na quantidade de toques acima do recomendado (69,5% para 76,8%)⁽¹⁷⁾. O presente estudo evidenciou toques dolorosos com o intuito de acelerar a dilatação, como mencionado por uma participante, todavia esse procedimento, aparentemente simples, leva à ocorrência de riscos, como desconforto e dor na parturiente, ocorrência de infecções, devendo ser usado com cautela e respeitando as evidências científicas.

Nesse contexto, a bioética com o princípio da não-maleficência vem mediar as ações que possam oferecer risco a saúde materna e neonatal, a exemplo de técnicas ou procedimentos utilizados na tentativa de acelerar o trabalho de parto. A aplicação desse princípio como fundamento do agir evita práticas invasivas ou humilhantes, considerando sempre os riscos e benefícios das intervenções.

Outrossim, foi percebido durante a realização do presente estudo que a dor foi um dos aspectos fisiológicos do parto mais mencionados, como observado no eixo 02 e classe 05, e em nenhum momento foi referido pelas mulheres o uso de medidas não farmacológicas de alívio. Assim, faz-se imperioso que medidas sejam divulgadas para que as mulheres as conheçam, o que levará à autonomia na decisão sobre quais métodos ela quer utilizar e quais posições ela quer adotar.

Dessa forma, a autonomia parte do respeito às vontades e decisões da paciente, de forma a possibilitar a ela o direito em conhecer suas opções disponíveis para todo o acompanhamento. Destarte, cabe ao profissional de saúde informar todas as opções disponíveis, para que a mulher consiga, entre as possibilidades disponíveis, fazer escolhas embasadas nas evidências científicas que coadunarão para o seu bem-estar com o parto, além de valorizar a mulher sob seus cuidados com o compartilhamento de saberes e de conhecimento do que é importante para ela⁽⁶⁾.

O estudo Nascer no Brasil que evidenciou que a grande parte das mulheres prefere o parto cesáreo por conta do medo da dor. Além disso, o modelo brasileiro de atenção ao parto apresenta baixo uso de tecnologias que favoreçam a progressão fisiológica do parto e utiliza excesso de intervenções que geram dor⁽¹⁰⁾. Em seu estudo Frank et al.⁽¹⁸⁾ encontrou uma positividade de 51,4% para motivar a cesárea, pelo medo da dor. Isto posto, cresce no imaginário feminino a ideia de que o parto é doloroso e que pode existir desassistência durante a parturição.

Uma revisão sistemática demonstrou que o número reduzido de profissionais e sobrecarga de trabalho profissional, caracterizada por extensas jornadas e múltiplos atendimentos, são barreiras que encurtam o tempo de atendimento e fazem com que a mulher em parturição não tenha tempo para refletir sobre suas escolhas ou não entendam sobre suas necessidades e assim não consigam escolher com clareza as tecnologias para o alívio da sua dor. Dessa forma, faz-se importante levar essas discussões para as

mulheres, seja no pré-natal ou trabalho de parto, para que elas estejam munidas de informação e assim protagonizem o seu parto ⁽¹⁹⁾.

Em vista disso, ao analisar as recomendações para o parto seguro publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018 ⁽¹¹⁾ e ratificada pelo Ministério da Saúde em 2021 ⁽²⁰⁾, identifica-se como prática a utilização de analgesia epidural nas mulheres que solicitarem. No entanto, afirma-se que medidas não farmacológicas de alívio da dor devem ser instituídas como primeira escolha. As técnicas de alívio da dor preconizadas são técnicas de relaxamento, música, compressas quentes, técnicas de distração e relaxamento, movimento, bola de bobath, toque e massagem e acupressão ^(11,20). Ressalta-se que o profissional deve comunicar todas as opções disponíveis, vantagens e desvantagens e permitir à mulher autonomia para escolher sem pressão, aquela técnica que ela considerar ser a melhor.

Isto posto, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe no seu artigo 17 sobre o dever do profissional em “Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem” ⁽¹⁴⁾, reforçando que é dever ético do profissional informar sobre as opções disponíveis para que a mulher decida sobre a condução do processo, preservando o protagonismo da parturiente.

Além disso, os códigos de ética médica e de enfermagem dispõem sobre o dever do profissional em proporcionar uma assistência segura e embasada nos avanços científicos. No código de ética médica, é referido que são proibidos quaisquer interesses de outras ordens, como pecuniários, políticos, religiosos, interferir na escolha de melhores meios disponíveis cientificamente na assistência em saúde, além de competir ao profissional o uso do melhor progresso científico em prol da paciente ⁽¹⁶⁾.

Já o código de enfermagem proíbe, o profissional como membro de equipe, provocar ou cooperar em qualquer forma de violência, podendo incluir aqui os atos de violência obstétrica, além de assegurar à pessoa, família e coletividade uma assistência de enfermagem livres de danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência ⁽¹⁴⁾.

Diante do exposto, é notória a necessidade de qualificação dos profissionais que atuam no processo de parturição para que exercitem cotidianamente a reflexão profissional acerca de suas práticas, para assistir de forma em evidências científicas, e ao mesmo tempo desenvolvam condutas benéficas que gerem satisfação à mulher no trabalho de parto. Assim, para atingir essa satisfação com atendimento, os cuidados em saúde no trabalho de parto devem ser permeados de empatia, entre os sujeitos envolvidos, para que se possa efetivar o apoio emocional e criar vínculos afetivos, imprescindíveis ao desenvolvimento de práticas educativas em saúde ⁽²¹⁾.

De posse do conhecimento de que o ciclo gravídico e puerperal é um momento de fragilidade da mulher, que é vivido pela parturiente como um misto de sentimentos, medos, expectativas, receios e inseguranças, entende-se que cabe ao profissional de saúde uma assistência integral, que atenda não só aos aspectos fisiológicos, mas também ao psicológico e social ⁽²²⁾. Destarte, para prezar a qualidade dos cuidados no processo de parto, é evidente que os profissionais sejam atenciosos, acolhedores, levem em consideração que o trabalho de parto humanizado é aquele que respeita a dignidade, direitos e autonomia da mulher ⁽¹⁾.

Nesta pesquisa, foi referido, por uma puérpera, o uso de música, pela obstetra, durante o parto, embora não foi uma escolha dela, a participante considerou essa atitude positiva. O uso de musicoterapia promove benefícios fisiológicos e emocionais à mulher, desde que seja da escolha dela. Uma revisão narrativa demonstrou que a música é uma ação de baixo custo e fácil operacionalização, que no domínio fisiológico pode ser capaz de afastar a dor, promovendo conforto e calma, além de diminuir a pressão arterial e as

frequências cardíacas e respiratórias. Na dimensão psicológica, seu uso reduz o medo e o estresse, promovendo um parto calmo com a diminuição da ansiedade materna e neonatal⁽²³⁾.

Os achados da presente pesquisa revelam ainda que a assistência de enfermagem foi marcante durante o trabalho de parto, como demonstrado no eixo 01 e classe 06, o que corrobora as evidências científicas ao perceber que assistência por enfermeiras obstetras é um dos incentivos para as melhorias da assistência ao parto no Brasil. Além disso, a revisão Cochrane de 2015 evidenciou uma maior satisfação com o parto assistido por obstetras⁽²⁴⁾.

Outro dado evidenciado na pesquisa foi a presença do acompanhante que, mesmo sendo recomendada no Brasil desde 2005 através da Lei do Acompanhante nº 11.108/2005⁽²⁵⁾, ainda são encontradas mulheres que vivenciam esse momento sozinhas e afastadas de quem escolheu para o apoio emocional. Corroborando os dados, o estudo de Leal et al.⁽¹⁰⁾ observou que 95,20% das mulheres puderam estar com seu parceiro ou outra pessoa importante para ela. No bojo dessa discussão, são evidentes na literatura os benefícios da presença de alguém da escolha da mulher, demonstrando menor incidência de violência obstétrica, uso de analgesia e realização da cesariana e mais satisfação com o parto⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Portanto, cabe ao profissional da saúde aplicar todo o seu conhecimento e as evidências científicas em busca de alternativas que reduzam os riscos à paciente, quando não for possível manter essa premissa, deve-se comunicar a elas implicações e as opções disponíveis para que ela tenha a autonomia em decidir a melhor conduta⁽²⁸⁾.

Assim, a assistência ao parto humanizado deve estar pautada não só nas técnicas que permitem à mulher parir e assegurar o respeito aos direitos da mulher em receber cuidado integral, que permita priorizar suas escolhas, tornando-as protagonistas do seu parto na escolha de posições de parir, tipo de parto, do acompanhante e que ela tenha a liberdade de expressão em todas as fases do parto, e a equipe de enfermagem e médica atue fundamentada nos princípios bioéticos para balizar condutas e decisões profissionais de acordo com as necessidades das mulheres em parturição.

Portanto, é fundamental uma mudança da cultura que envolve o parto através de uma transformação dos profissionais que atuam nestas equipes, para o respeito a fisiologia do parto, autonomia da gestante em decidir através de informações baseadas em evidências, estabelecimento de um vínculo com a gestante, tornando-se ciente das escolhas e expectativas delas para implementar suas ações de cuidados obstétricos⁽¹⁾.

Por fim, este estudo possuiu como limitação o viés desejo e a habilidade social, uma vez que as mulheres avaliaram o serviço do local na mesma unidade hospitalar em que receberam os cuidados obstétricos, sendo este um contexto que possibilita a omissão de algumas informações que poderiam ampliar a análise e compreensão sobre a representação do trabalho de parto e parto para mulheres em parturição na perspectiva bioética e deontológica.

Conclusões

Este estudo permitiu evidenciar as boas práticas que acontecem no acompanhamento do trabalho de parto, como preocupação com o bem-estar da mulher através da musicoterapia, efetivação da Lei do Acompanhante e acompanhamento de qualidade pelos profissionais, sendo citado os enfermeiros.

Embora tenha evoluído a assistência ao parto, foi possível perceber que existem problemas éticos que acontecem, coadunando com a inobservância dos princípios da

beneficência, não-maleficência e autonomia, uma vez que os dados apontaram a realização de atividades proscritas como Manobras de Kristeller, toques dolorosos, interrupção da alimentação, atitudes grosseiras dos profissionais e medo da dor, inferindo sobre o desconhecimento das mulheres sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.

O puerpério é um período de maior vulnerabilidade e intercorrências se comparado a outras etapas do ciclo gravídico-puerperal. Assim, a condução do parto pode impactar diretamente no bem-estar da mulher, interferindo na formação do vínculo mãe e filho e nos cuidados dispensados ao recém-nascido. Destarte, faz-se necessária reflexão dos profissionais acerca da sua prática clínica, garantindo uma assistência balizada nos princípios bioéticos e deontológicos, objetivando o bem-estar da mulher, que experienciará o processo de parturição de forma plena e autônoma, protagonizando o seu parto.

Referências

1. Souza FMDLC, dos Santos WN, da Costa Santos RS, Rodrigues OB, Santiago JDCD, da Silva RAR. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enfermagem em Foco*. 2019; 10(2). DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). [Acessado em 14 de junho de 2023]; Disponível em: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos - Natalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DASNT - SVS/MS (aids.gov.br).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília: MS; 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf.
4. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Della Nora CR. et al. Construção e validação do instrumento " Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde". *Revista Bioética*. 2014; 22: 309-317. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222012>.
5. Estumano VKC, de Melo LGDS, Rodrigues PB, do Rêgo Coelho AC et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*. 2017; 7(19): 83-91. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.19.83-91.
6. dos Santos ALS, da Paz CT, Fraga BGG, Barreto FL, Gramacho RDCCV, da Silva Borges AJ. Bioética e Parto Humanizado. *Textura*. 2019; 13(21): 93-103. DOI: <https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p93-103>.
7. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
8. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol*. 2013; 21(2): 513-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

9. Do Nascimento ER. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE.2020; 6 (1): 141, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/8008>
10. Leal MDC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVDS, Silva LBRADA, Thomaz EBAF, Vilela MEDA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Cadernos de Saúde Pública. 2019; 35 (7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
11. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.
12. Pereira JS, Silva JCDO, Borges NA, Ribeiro MDMG, Aurek LJ, Souza JHKD. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2016; 15: 103-108. Disponível em: 486 IEEE TRANSACTIONS ON NEURAL NETWORKS, VOL (ufop.br).
13. Côrtes, CT; Oliveira, SMJV; Santos, RCS; Francisco, AA; Riesco, MLG; Shimoda, GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26: e2988. [Access in:29/05/2019]; Available in: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen Nº 564/2017. Dispões sobre o código de ética do profissional de enfermagem. Disponível em: – Resolução Cofen Nº 564/2017 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil.
15. COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Decisão Nº 095/2016 Veda a participação de profissionais de enfermagem na realização da Manobra de Kristeller. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf#:~:text=DECIS%C3%83O%20COREN-RS%20No%20095%2F2016%20Veda%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20de,d%20enfermagem%20na%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Manobra%20de%20Kristeller.
16. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: cem2019.pdf (cfm.org.br).
17. Lopes GDC, Gonçalves ADC, Gouveia HG, Armellini CJ. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2019; 27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.
18. Frank AGF, Marcomini EK, da Cunha Smaniotto E, de Moraes DG, Gerbasi ARV, de Paula NVK et al. Parto normal: barreiras sob a óptica das parturientes. Revista Saúde. Com. 2021; 17(4). DOI: <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i4.7995>.

19. de Freitas Oliveira C, Ribeiro AÂV, Luquine Jr CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, Barreto JOM. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020; 44. DOI: 10.26633/RPSP.2020.132.
20. Brasil. Diretriz nacional de assistência ao parto normal ministério da saúde versão preliminar Brasília – DF, 2022.
21. Alvares AS, Corrêa ÁCDP, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK et al. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71: 2620-2627. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.
22. da Silva MJS, da Silva TDS, de Souza DRS, de Souza AMG, dos Santos Ferreira TL, de Andrade FB. Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. *Revista Ciência Plural*. 2020; 6(1): 1-17. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292.
23. Azevedo MC, dos Anjos IA, Bezerra MBS, Aguiar M da S, Oliveira MC, Pereira RB de L, da Costa SS, Rodrigues TP. Benefícios do uso da musicoterapia na gestação e parto: revisão narrativa. *Revista Foco*. 2023; 16(02): e1005. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n2-115>.
24. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4. Accessed 22 June 2023.
25. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: Lei nº 11.108 (planalto.gov.br).
26. Diniz CS, d’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl 1):S140-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.
27. d’Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl 1):S154-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.
28. Castillo RH. Bioética y derecho en el cuidado del recién nacido durante el parto. *Revista Quaestio Iuris*. 2021; 14(04): 1845-1863. DOI: 10.12957/rqi.2021.55388.

6 CONCLUSÕES

Este estudo contribuiu com a literatura científica por permitir conhecer expressões de bem-estar das mulheres que vivenciaram o trabalho de parto, associando com a bioética principialista e a deontologia. Nesse contexto, as participantes apontam bem-estar com a assistência recebida no parto, no entanto ainda fica evidente que intervenções desnecessárias e a falta de apresentação dos profissionais estão presentes e que as boas práticas recomendadas ainda não atingem a todas as mulheres.

Foi possível evidenciar as boas práticas que acontecem no acompanhamento do trabalho de parto, como preocupação com o bem-estar da mulher através da musicoterapia, efetivação da Lei do Acompanhante e acompanhamento de qualidade pelos profissionais da saúde. Assim, é possível observar que princípios como a beneficência, justiça e autonomia foram respeitados.

Os resultados também apontaram que a assistência à mulher no período de pré-parto, parto e pós-parto se insere em um contexto de violação aos direitos fundamentais básicos, uma vez que se constatou inobservância de alguns princípios bioéticos, como a autonomia, uma vez que as mulheres não dispunham de todas as informações possíveis para decidir sobre o uso da analgesia no parto; além de não se respeitar o direito à privacidade, elevando a avaliação insatisfatória com o bem-estar no parto.

Outros problemas éticos foram observados no estudo, coadunando com a inobservância dos princípios da beneficência, não-maleficência e autonomia, caracterizados por atividades proscritas como Manobras de Kristeller, toques dolorosos, interrupção da alimentação, atitudes grosseiras dos profissionais e medo da dor, inferindo sobre o desconhecimento das mulheres sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e falta de apresentação do profissional à mulher, sendo necessário implementar melhorias na dimensão da qualidade do relacionamento durante o cuidado.

Deste modo, para garantir uma assistência humanizada e respeitar os princípios bioéticos, deve-se equilibrar a prática clínica, considerando a autonomia da mulher, em todas as fases do parto, e o bem-estar materno e neonatal. Reitera-se que o atendimento em saúde deve ser equânime, centrado nas necessidades individuais de cada mulher, intensificando a sensibilização do profissional, para que assista as pacientes apenas com intervenções necessárias. Assim, faz-se necessário que as instituições de saúde e seus profissionais repensem sua atuação para efetivar o parto como um evento fisiológico,

permitindo o protagonismo da mulher.

Por fim, a limitação deste estudo está amparada o viés desejo e habilidade social, uma vez que as mulheres avaliaram a assistência na unidade quando ainda estavam internadas no hospital, e ter sido efetuada em uma cidade, sendo possível não ter a realidade compatível com outras localidades. No entanto, o fato de ter sido realizada em hospital municipal, que atende à macrorregião sudoeste e norte de Minas Gerais, por estar localizado em um município de referência do estado da Bahia e possuir proximidades com o estado de Minas Gerais, torna o estudo representativo para a região.

REFERÊNCIAS

ALVARES, A.S *et al.* Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2620-2627, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.

ANIM SOMUAH, M. et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Rev** 5:CD000331, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>.

APOLINÁRIO D, RABELO M, WOLFF LDG *et al.* Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene**.v.17, n.1, p:20-8, 2016.

AZEVEDO, M.C, et al. Benefícios do uso da musicoterapia na gestação e parto: revisão narrativa. **Revista Foco**, V. 16, N. 02, p: e1005, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n2-115>.

BEAUCHAMP T CHILDRESS J. **Principles of Biomedical Ethics**. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.

BIDO, D. *et al.* Mensuração com indicadores formativos nas pesquisas em administração de empresas: como lidar com a multicolinearidade entre eles? **Administração: Ensino E Pesquisa**, 11(2), 245-269, 2010. <https://doi.org/10.13058/raep.2010.v11n2.145>

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. PORTARIA Nº 569, DE 01 DE JUNHO DE 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html#:~:text=Portaria%20n%C2%BA%20569%2C%20de%2001%20de%20junho%20de,e%20per%C3%ADodo%20neonatal%20s%C3%A3o%20direitos%20inalien%C3%A1veis%20da%20cidadania%3B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Distrito Federal, Brasília, 2004.

BRASIL. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: Lei nº 11.108 (planalto.gov.br).

BRASIL. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília: MS; 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). [Acessado em 14 de junho de 2023]; Disponível em: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos - Natalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DASNT - SVS/MS (aids.gov.br).

BRASIL. Diretriz nacional de assistência ao parto normal ministério da saúde versão preliminar Brasília – DF, 2022.

CAMARGO BV, JUSTO AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, 21(2): 513-18, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CARBONI, R.M; REPPETTO, M.A; NOGUEIRA, V.O. Erros no exercício da enfermagem que caracterizam imperícia, imprudência e negligência: uma revisão bibliográfica. **Rev Paul Enferm**, v. 29, n. 1/3, p. 100-7, 2018. Disponível: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970768/repem_2018_v29n1-2-3_a10.pdf.

CASTILLO, R. H. Bioética y derecho en el cuidado del recién nacido durante el parto. **Revista quaestio iuris**, 14(04), 1845-1863, 2021. DOI: 10.12957/rqi.2021.55388

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: – LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil (cofen.gov.br).

COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017. Dispões sobre o código de ética do profissional de enfermagem. Disponível em: – RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016. Dispõe sobre a normatização da atuação e responsabilidades do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 627/2020. Normatiza a realização de Ultrassonografia Obstétrica por Enfermeiro Obstétrico. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-627-2020_77638.html.

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Decisão Nº 095/2016 Veda a participação de profissionais de enfermagem na realização da Manobra de Kristeller. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf#:~:text=DECIS%C3%83O%20COREN-RS%20No%20095%2F2016%20Veda%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20de,d,e%20enfermagem%20na%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Manobra%20de%20Kristeller.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: [cem2019.pdf](#) ([cfm.org.br](#)).

CFM. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 39 de 2012. Dispõe sobre Cobrança de honorários, por médicos obstetras, pelo acompanhamento presencial do trabalho de parto. Disponível em: [PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 2 - 39_2012.pdf](#).

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.144 de 2016. Dispõe sobre ser ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: [Microsoft Word - RESOLUCAO 2144-2016](#) ([cfm.org.br](#)).

CORVELLO, Carolyn Magno *et al.* A enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e37311325759-e37311325759, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.257591>.

CÔRTEZ, C.T et al. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 26, N. e2988, 2018. Available in: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf.

DA SILVA, G.O.; GOMES, M.D.; DE JESUS RIBEIRO, M.S. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PARTO HUMANIZADO. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 2, n. 35, p. 56-65, 2022.

DA SILVA, M.J.S et al. Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**. V. 6, n.1, p. 1-17, 2020. DOI: [10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292](https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292).

DIAS, P. et al. Bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 23, p. 23-30, jun. 2020. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0269>.

DINIZ, C.S, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, V. 30, N. Suppl 1, p. S140-53, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.

DE CARVALHO, N.A.; VEIGA, F.H. Bem-estar psicológico e recursos de desenvolvimento: Caracterização em alunos adolescentes. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 14, n. 2, p. 91-111, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.27503>.

DE FREITAS OLIVEIRA, C. et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. **Revista Panamericana de Salud Pública**, V. 44, 2020. DOI: [10.26633/RPSP.2020.132](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132).

DE MOURA ALVES, T.C et al. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. **Enfermagem em Foco**. V. 10, n.4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210>.

DOS SANTOS, A.L.S., *et al.* BIOÉTICA E PARTO HUMANIZADO. *Textura*, 13(21), 93-103, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p93-103>

DO NASCIMENTO, Evany Rosário. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 6, n. 1, p. 141, 2020.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Pública**, V. 30, N. Suppl 1, p; S154-68, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.

DULFE, P. A. M.; CRESPO, N. C. T.; ALMEIDA, V. L. M.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V.; RODRIGUES, D. P.; MARCHIORI, G. R. S *et al.* Assistência da enfermeira obstétrica ao parto e nascimento: uma revisão sistemática. **Saúde (Santa Maria)**, [S. l.], v. 48, n. 1, 2022. DOI: [10.5902/2236583444323](https://doi.org/10.5902/2236583444323).

ESTUMANO, V.K.C *et al.* Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, p. 83-91, 2017.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao parto da gestante de risco obstétrico habitual. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo n. 94/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

FRANK, A.G.F. *et al.* Parto normal: barreiras sob a óptica das parturientes. **Revista Saúde. Com**, volume 17 número 4, 2021.

PMVC. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Site oficial do município. Disponível em: <https://www.pmvc.ba.gov.br/hospital-municipal-esau-matos-completa-20-anos-de-municipalizacao-neste-domingo/>.

GUIMARÃES, L.B.E; JONAS, E; AMARAL, L.R.O.G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas [online]**. v. 26, n. 1 e43278, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>>. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Revista HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Bookman editora, 2009.

HERNANDEZ-GARRE, J.M.; DE-MAYA-SANCHEZ, B. Culturas cosmopolitas de parto. Comparando suas bases antropológicas a partir da perspectiva bioética. **Acta bioeth.** , Santiago, v. 25, n. 2 P. 225-234, dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000200225>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Bahia. Base de informações por setor censitário Vitória da Conquista. Bahia: IBGE; 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. SILVA, R.R.A. da Coordenadora. Agenda 2030: ODS-Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável. 2018.

JAMAS, MT *et al.* Evidências de validade da escala de Bienestar Materno em Situação de Parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02843>.

JUNGES, J.R. *et al.* Construção e validação do instrumento " Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde". **Revista Bioética**, v. 22, p. 309-317, 2014. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222012>.

LEAL, M. D. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, 1915-1928, 2018.

LEAL, M. D. C., *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, 35, 2019.

LIMA, M.F.G. *et al.* Desenvolvendo competências no ensino em enfermagem obstétrica: aproximações entre teoria e prática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 1054-1060, 2017.

LOPES, G.D.C *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, V. 27, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.

LOUREIRO, F.M; CHAREPE, Z.B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem no hospital: Análise do conceito. **Cadernos de Saúde**, v. 10, n. 1, p. 23-29, 2018. Disponível em: DOI:<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.6787>.

MARTINS, V.; SANTOS, C.; DUARTE, I. Educar para a bioética: desafio em enfermagem. **Revista Bioética**, v. 30, p. 498-504, 2022. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303543PT>

MILOCA, S. A.; CONEJO, P. D. Multicolinearidade em modelos de regressão. *Semana acadêmica da matemática*, 22, 2013.

MONTEIRO M.C.M, HOLANDA V.R., MELO G.P. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017;7:e1885. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1885>.

MONTENEGRO, L.C *et al.* Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 3, p. 226-235, 2016.

MOORE, E.R *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev**, V. 25, n.11, p. 11:CD003519, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

MOTTA, C.T.; MOREIRA, M.R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4397-4409, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>.

OLIVEIRA, A.L.G. *et al.* Assistência do enfermeiro à parturiente: foco no parto humanizado. **REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS-UNIVERSO CAMPOS DOS GOYTACAZES**, v. 1, n. 8, 2017.

OLIVEIRA, M. DE N.J. *et al.* Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e378, 3 fev. 2019.

PALHARINI, L.A; FIGUEIRÔA, S.F.M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018.

PEREIRA, J.S *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, V. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: 486 IEEE TRANSACTIONS ON NEURAL NETWORKS, VOL (ufop.br).

PICHETH, S.F.; CRUBELLATE, J.M.; VERDU, F.C. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1063-1082, 2018.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. Escuela de enfermería, Departamento de Salud de la Mujer. Concepto subjetivo de bienestar materno. Departamento de Derechos intelectuales. Registro Propiedad intelectual, 2077; nº 162651.

RAMOS, W.M.A *et al.* Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev Fund Care Online**. 2018 jan./mar.; 10(1):173-179. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179>.

ROCHA, N.F.F; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 556-568, 2020.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2015, Issue 9. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4. Accessed 22 June 2023.

SANTOS, R.C.S.; SOUZA, N.F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. Macapá: **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015.

SCHMIDT, T.B., *et al.* Coparentalidade no contexto de depressão pós-parto: um estudo qualitativo. **PsicoUSF**. Bragança Paulista, SP. Vol. 24, n. 1, p. 403-430, 2018.

SCHLEMPER JUNIOR, B.R. Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 47-57, 2018.

SILVA, A. F. *et al.* Atuação do enfermeiro obstetra na Assistência ao parto: Saberes E Práticas Humanizadas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research–BJSCR**, v. 23, n. 3, p. 87-93, 2018.

SILVA, R.C.F. *et al.* Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-9], 2020. Disponível em: DOI: 10.5205/1981-8963.2020.245827.

SILVA, F.L; RUSSO, J.A. “A porta da transformação só abre pelo lado de dentro”: notas etnográficas sobre o processo da (trans) formação de si em cursos de capacitação de doulas. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 4, p. 162-180, 2019.

SOUTO, K; MOREIRA, M.R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>.

SOUTO, R.E.M., *et al.* Formas e prevalência da violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, 1-16, 2022. DOI: 10.5205/1981-8963.2022.253246.

SOUZA, C. M. DE; HIDALGO, M. P. L. World Health Organization 5-item Well-Being Index: validation of the Brazilian Portuguese version. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, 262(3), 239-244, 2012. doi: 10.1007/s00406-011-0255-x.2012.262(3):239-244.

SOUZA, M. D. F. M. D *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, 1737-1750, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.

SOUZA, F.M.D.L.C *et al.* Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enfermagem em Foco**, V. 10, N.2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>.

TEIXEIRA, C.R. *et al.* Bem-estar subjetivo de longevos institucionalizados e não institucionalizados por meio do Pfister. Avaliação Psicológica: **Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 18, n. 1, p. 86-95, 2019.

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.

VALLE, P.; REBELO, E. Análise de variância e análise de regressão com variáveis Dummy: Mais semelhanças do que diferenças. **Revista de Estatística**, 1, 47-86, 2002.

VIDAL, A.T.; BARRETO, J.O.M.; RATTNER, D. Barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil: a perspectiva das mulheres. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS – JEQUIÉ
NÚCLEO DE PESQUISA EM BIOÉTICA E ESPIRITUALIDADE – NUBE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Conforme Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Participantes que responderão o questionário e a entrevista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

CONVIDAMOS o(a) senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar de uma pesquisa científica.

Por favor, leia este documento com bastante atenção e, se você estiver de acordo, rubricue as primeiras páginas e assine na linha "Assinatura do participante", no ponto 8.

1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Chrisne Santana Biondo*

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: *Sérgio Donha Yarid.*

2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

2.1. TÍTULO DA PESQUISA

Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto.

2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):

Estamos realizando essa pesquisa pela necessidade de trazer discussões e avaliações dos problemas éticos que surgem na prática do cuidado à mulher, para que o trabalho de parto e parto seja conduzido da melhor forma para mãe e bebê.

2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):

A pesquisa está sendo realizada para atingir o objetivo geral de analisar os problemas éticos que surgem durante o trabalho de parto, a partir dos relatos trazido pelas mulheres, a luz dos códigos de ética médica e de enfermagem. E os objetivos específicos de avaliar a satisfação e bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e parto; caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres em trabalho de parto; identificar as associações existentes entre satisfação e bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto; e conhecer o que representou o trabalho de parto e parto para as mulheres.

3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)

3.1 O QUE SERÁ FEITO:

Você responderá 29 perguntas de assinalar sobre a sua satisfação e bem-estar durante o trabalho de parto e parto. Em seguida responderá 04 questões abertas, que, desde que autorizado pela Sra., serão gravadas para que não percamos nenhuma fala importante para as análises dos dados.

3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:

Faremos isso no momento que estiver no Hospital Municipal Esaú Matos, no alojamento conjunto, após o seu parto.

3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:

Durará média de 30 min.

4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié
(73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO MODERADO ALTO

4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)

Esta pesquisa pode provocar desconforto ou constrangimento, ao te fazer lembrar de situações de sua condição de trabalho de parto e parto, estando classificada como risco emocional, assim não podemos quantificar esse risco.

4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

Na tentativa de minimizar os riscos, os pesquisadores realizarão a pesquisa em local privado, na impossibilidade do local, serão providenciados biombos, e garantiremos a saída da participante, caso não se sinta confortável. Além disso, os dados obtidos serão preservados, garantiremos o sigilo, preservando seu nome e sua privacidade, através do lacramento dos questionários em sua presença e não arquivamento das entrevistas em nuvens, sendo feito apenas em dispositivos eletrônicos particular pertencentes ao pesquisador. Por fim, respeitaremos suas crenças e percepções, ficando os dados sob responsabilidades dos pesquisadores.

5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

Os benefícios da pesquisa não serão imediatos, nem atingirá diretamente quem responder a pesquisa, no entanto os dados do estudo, melhorarão a assistência das próximas mulheres que utilizarão os serviços de parto.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

Espera-se que com os dados deste estudo, possamos auxiliar as equipes de saúde a conhecer os problemas éticos envolvidos na assistência à mulher em trabalho de parto e parto, conhecendo a satisfação e bem-estar, para que os profissionais possam refletir sobre sua prática modificando possíveis condutas impróprias, melhorando o atendimento às mulheres, com assistência livre de danos físicos e emocionais.

6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?

R: Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.

6.2. Mas e se você acabar gastando dinheiro só para participar da pesquisa?

R: O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.

6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?

R: Você pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.

6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)

R: Não. Você só precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.

6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?

R: Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.

6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?

R: Nenhum.

6.7. O que acontecerá com os dados que você fornecer nessa pesquisa?

R: Eles serão reunidos com os dados fornecidos por outras pessoas e analisados para gerar o resultado do estudo. Depois disso, poderão ser apresentados em eventos científicos ou constar em publicações, como Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertações, Teses, artigos em revistas, livros, reportagens, etc.

6.8. Os participantes não ficam expostos publicamente?

R: Em geral, não. O(A) pesquisador(a) tem a obrigação de garantir a sua privacidade e o sigilo dos seus dados. Porém, a depender do tipo de pesquisa, ele(a) pode pedir para te identificar e ligar os dados fornecidos por você ao seu nome, foto, ou até produzir um áudio ou vídeo com você. Nesse caso, a decisão é sua em aceitar ou não. Ele precisará te oferecer um documento chamado "Termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos". Se você não aceitar a exposição ou a divulgação das suas informações, não o assine.

6.9. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?

R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídos.

6.10. Qual a "lei" que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?

R.: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Há, também uma cartilha específica para tratar sobre os direitos dos participantes. Todos esses documentos podem ser encontrados no nosso site (www2.uesb.br/comitedeetica).

6.11. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?

R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.

7. CONTATOS IMPORTANTES:

Pesquisador(a) Responsável: Chrisne Santana Biondo

Endereço: *Rua Hormindo Barros, 58, quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, gabinete 313. CEP: 45.029-094. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.*

Fone: *073 988012773* / E-mail: *tity_biondo_enf@hotmail.com*

Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP), Jequiezinho, Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

em participar do presente estudo;

com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Vitória da Conquista, 13 de abril de 2022

Página 3

Assinatura do(a) participante (ou da pessoa por ele responsável)



Impressão Digital
(Se for o caso)

9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Vitória da Conquista, 13 de abril de 2022

Assinatura do(a) pesquisador

Página 4

Rubricas:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS – JEQUIÉ
NÚCLEO DE PESQUISA EM BIOÉTICA E ESPIRITUALIDADE – NUBE

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Conforme Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Participantes que responderão o questionário.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

CONVIDAMOS o(a) senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar de uma pesquisa científica.

Por favor, leia este documento com bastante atenção e, se você estiver de acordo, rubricue as primeiras páginas e assine na linha "Assinatura do participante", no ponto 8.

1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Chrisne Santana Biondo*

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: *Sérgio Donha Yarid.*

2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

<p>2.1. TÍTULO DA PESQUISA</p> <p><i>Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto.</i></p>
<p>2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):</p> <p><i>Estamos realizando essa pesquisa pela necessidade de trazer discussões e avaliações dos problemas éticos que surgem na prática do cuidado à mulher, para que o trabalho de parto e parto seja conduzido da melhor forma para mãe e bebê.</i></p>
<p>2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):</p> <p><i>A pesquisa está sendo realizada para atingir o objetivo geral de analisar os problemas éticos que surgem durante o trabalho de parto, a partir dos relatos trazido pelas mulheres, a luz dos códigos de ética médica e de enfermagem. E os objetivos específicos de avaliar a satisfação e bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e parto; caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres em trabalho de parto; identificar as associações existentes entre satisfação e bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto; e conhecer o que representou o trabalho de parto e parto para as mulheres.</i></p>

3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)

<p>3.1 O QUE SERÁ FEITO:</p> <p><i>Você responderá 29 perguntas de assinalar sobre a sua satisfação e bem-estar durante o trabalho de parto e parto.</i></p>
<p>3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:</p> <p><i>Faremos isso no momento que estiver no Hospital Municipal Esau Matos, no alojamento conjunto, após seu parto.</i></p>
<p>3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:</p> <p><i>Durará média de 15 min.</i></p>

4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié
(73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO MODERADO ALTO

4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)

Esta pesquisa pode provocar desconforto ou constrangimento, ao te fazer lembrar de situações de sua condição de trabalho de parto e parto, estando classificada como risco emocional, assim não podemos quantificar esse risco.

4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

Na tentativa de minimizar os riscos, os pesquisadores realizarão a pesquisa em local privado, na impossibilidade do local, serão providenciados biombos, e garantiremos a saída da participante, caso não se sinta confortável. Além disso, os dados obtidos serão preservados, garantiremos o sigilo, preservando seu nome e sua privacidade, através do lacramento dos questionários em sua presença. Por fim, respeitaremos suas crenças e percepções, ficando os dados sob responsabilidades dos pesquisadores.

5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

Os benefícios da pesquisa não serão imediatos, nem atingirá diretamente quem responder a pesquisa, no entanto os dados do estudo, melhorarão a assistência das próximas mulheres que utilizarão os serviços de parto.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

Espera-se que com os dados deste estudo, possamos auxiliar as equipes de saúde a conhecer os problemas éticos envolvidos na assistência à mulher em trabalho de parto e parto, conhecendo a satisfação e bem-estar, para que os profissionais possam refletir sobre sua prática modificando possíveis condutas impróprias, melhorando o atendimento às mulheres, com assistência livre de danos físicos e emocionais.

6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?

R: Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.

6.2. Mas e se você acabar gastando dinheiro só para participar da pesquisa?

R: O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.

6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?

R: Você pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.

6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)

R: Não. Você só precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.

6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?

R: Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.

6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?

R: Nenhum.

6.7. O que acontecerá com os dados que você fornecer nessa pesquisa?

R: Eles serão reunidos com os dados fornecidos por outras pessoas e analisados para gerar o resultado do estudo. Depois disso, poderão ser apresentados em eventos científicos ou constar em

R: Eles serão reunidos com os dados fornecidos por outras pessoas e analisados para gerar o resultado do estudo. Depois disso, poderão ser apresentados em eventos científicos ou constar em publicações, como Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertações, Teses, artigos em revistas, livros, reportagens, etc.

6.8. Os participantes não ficam expostos publicamente?

R: Em geral, não. O(a) pesquisador(a) tem a obrigação de garantir a sua privacidade e o sigilo dos seus dados. Porém, a depender do tipo de pesquisa, ele(a) pode pedir para te identificar e ligar os dados fornecidos por você ao seu nome, foto, ou até produzir um áudio ou vídeo com você. Nesse caso, a decisão é sua em aceitar ou não. Ele precisará te oferecer um documento chamado "Termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos". Se você não aceitar a exposição ou a divulgação das suas informações, não o assine.

6.9. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?

R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídas.

6.10. Qual a "lei" que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?

R.: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Há, também uma cartilha específica para tratar sobre os direitos dos participantes. Todos esses documento podem ser encontrados no nosso site (www2.uesb.br/comitedeetica).

6.11. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?

R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.

7. CONTATOS IMPORTANTES:

Pesquisador(a) Responsável: Chrisne Santana Biondo

Endereço: *Rua Hormindo Barros, 58, quadra 17, Lote 58. Bairro Candeias, gabinete 313. CEP: 45.029-094. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.*

Fone: *073 988012773* / E-mail: *tity_biondo_enf@hotmail.com*

Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho, Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

em participar do presente estudo;

com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Vitória da Conquista, 13 de abril de 2022

Página 3

Assinatura do(a) participante (ou da pessoa por ele responsável)



Impressão Digital
(Se for o caso)

9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Vitória da Conquista, 13 de abril de 2022

Assinatura do(a) pesquisador

Página 4

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS – JEQUIÉ

APÊNDICE C – Termo de Autorização para uso de imagens e depoimentos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS E DEPOIMENTOS

(Modelo aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB em 14/02/2020)

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

TÍTULO DA PESQUISA:	Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto
PESQUISADOR RESPONSÁVEL:	<u>Chrisne Santana Bionda</u>

Estando ciente, esclarecido e assegurado quanto:

- aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios referentes ao estudo acima apontado, tal como consta nos Termos de Consentimento e/ou Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE e/ou TALE);
- a inexistência de custos ou vantagens financeiras a quaisquer das partes envolvidas na pesquisa; e
- o cumprimento das normas pertinentes, leia-se, Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde; Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei N.º 8.069/ 1990), Estatuto do Idoso (Lei N.º 10.741/2003) e Estatuto das Pessoas com Deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004),

AUTORIZO, através do presente documento, **e CONSINTO COM A UTILIZAÇÃO**, em favor dos membros e assistentes da pesquisa acima indicada, apenas para fins de estudos científicos (livros, artigos, slides e transparências), a captura e utilização de fotos e de gravações (sons e imagens)

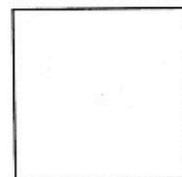
- da minha pessoa
 do indivíduo pelo qual sou responsável

Vitória da Conquista, 15 de fevereiro de 2022

Assinatura do(a) participante (e/ou do seu responsável)

Bionda

Assinatura do(a) pesquisador



Impressão Digital
(Se for o caso)

Página 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

Rubricas:

Bionda

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS – JEQUIÉ

APÊNDICE D
Questionário semiestruturado

01. O que representou seu trabalho de parto?
02. Como você descreve a sua experiência durante o parto?
03. Quais aspectos positivos e negativos do seu trabalho de parto?
04. Relate um fato marcante para você durante o seu trabalho de parto e parto envolvendo a assistência na unidade ou algum profissional de saúde.

ANEXOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS – JEQUIÉ

ANEXO A – Instrumento para Coleta de dados
Questionário sociodemográfico

<p>A. Situação conjugal () Vive com parceiro () Não vive com o parceiro</p>	<p>B. Idade _____</p>	<p>C. Cor da pele () Preta () Branca () Parda</p>
<p>D. Anos de estudo () 05 a 08 () 09 a 11 () 12 a 16</p>	<p>E. Religião () Católica () Evangélica () Espírita () Candomblé () Umbanda () Ateu () Outras</p>	<p>F. Ocupação () Remunerada () Do lar () Estudante</p>
<p>G. Gestação planejada () Sim () Não</p>	<p>H. Realizou pré-natal () Sim () Não</p>	<p>I. Quantas consultas de pré-natal () Menos que 06 () Mais que 06</p>
<p>J. No pré-natal foi esclarecida sobre o tipo de parto? () Sim () Não</p>	<p>K. Tipo de parto () Vaginal () Cesáreo () Fórceps</p>	<p>L. A escolha do tipo de parto (Vaginal ou Cesáreo) foi da sua vontade () Sim () Não</p>
<p>M. Profissional que realizou o parto () Médico () Enfermeiro () Não Sei</p>		

Escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto

O seguinte questionário identifica o nível de bem-estar das mães que vivenciaram o processo de parto. Pedimos que leia cuidadosamente este documento. Nele, você encontrará algumas afirmações que representam situações que você pode ter vivido desde que chegou à maternidade até o nascimento do seu bebê, situações que a fizeram “sentir-se bem” ou “sentir-se mal”. Com cada uma dessas afirmações, você pode discordar totalmente (pontuação 1) até concordar totalmente (pontuação 5). Por favor, marque com um x seu grau de concordância. Marque apenas uma resposta para cada afirmação. Se marcar mais de uma, a resposta será anulada. Sinta-se completamente livre para responder. O sucesso desta avaliação dependerá de que suas respostas reflitam o que você realmente vivenciou nesta experiência. No caso de não entender qualquer das situações expressas no questionário, pedimos para consultar a pessoa responsável.

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Fui informada cada vez que me administravam algum medicamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se preocuparam em cuidar da minha privacidade e de outras mulheres que viveram a experiência do parto junto comigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

Durante todo o processo de parto, os profissionais me orientaram, me disseram o que fazer e me encorajaram.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

No momento do parto e logo após o nascimento do meu bebê, pudemos estar em contato pele a pele.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

Acho que fui bem atendida, de maneira muito profissional.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

Senti-me sempre acompanhada por algum profissional.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Todas as vezes que precisei, pude estar com meu parceiro ou outra pessoa importante para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os profissionais que me atenderam foram cuidadosos e respeitosos, sem invadir minha privacidade nos momentos em que queria ficar tranquila.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Senti que as pessoas que me atenderam conheciam e faziam bem o seu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Pude dispor de anestesia sempre que precisei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Em todos os lugares onde estive, a iluminação era adequada.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

Observei ordem e limpeza em cada um dos lugares onde estive.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

Senti que os procedimentos que realizaram em mim foram feitos corretamente.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

Sempre foi observado um tratamento respeitoso por parte do pessoal de saúde.

Discordo totalmente**Discordo****Não concordo nem
discordo****Concordo****Concordo totalmente**

As pessoas que me atenderam se relacionaram bem comigo.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS – JEQUIÉ

ANEXO B – Termo de Autorização do local de coleta

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

(Modelo aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB em 14/02/2020)

Eu, Diego Gomes de Azevedo Freitas, ocupante do cargo de Diretor Geral do(a) Fundação Pública de Saúde de Vitória da Conquista – FSTC (Hospital Municipal Esau Matos), **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado *Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto*, dos pesquisadores *Christine Santana Biondo; Sérgio Donha Yarid e Maria Madalena Souza dos Anjos Neto* após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Em tempo, asseguro dispomos da infraestrutura e dos recursos necessários para viabilizar a execução do procedimento, conforme explicitado no projeto, em atendimento à alínea “h” do ponto 3.3, e do item 17 do ponto 3.4.1, ambos do título 3 da Norma Operacional CNS nº 001/2013.

Vitória da Conquista, 13/04/2022



 Ass. Legal responsável pela autorização da coleta

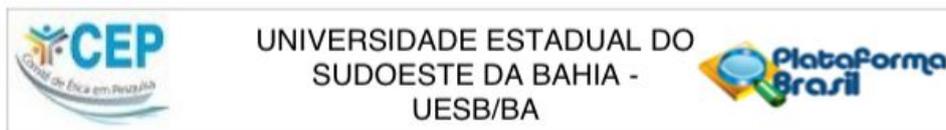
Carimbo:



Impressão Digital
 (Se for o caso)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS – JEQUIÉ

ANEXO C – Parecer de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto

Pesquisador: Chrisne Santana Biondo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57361022.8.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

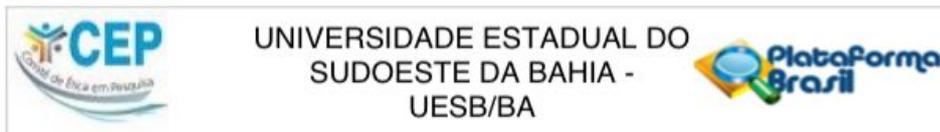
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.539.474

Apresentação do Projeto:

No parto humanizado o profissional de saúde realiza abordagem tanto psicológica, física e emocional, quanto a assistência ao parto. No entanto, ao analisar a literatura científica os estudos evidenciam a desorganização dos serviços de saúde, a deficiência da regionalização e organização da rede de atendimento ao parto, além de realização de condutas não aconselhável durante o trabalho de parto, ocorrências que tendem a dificultar à humanização do atendimento. [...] Tendo como cenário de pesquisa será o Hospital Municipal Esaú Matos do município de Vitória da Conquista no sudoeste da Bahia. A amostra será do tipo conveniência, composta por puérperas que estarão no alojamento conjunto. A coleta ocorrerá no período de março a junho de 2022. Assim, as mulheres que atenderem aos critérios de inclusão, e que concordarem em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, serão avaliados quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e condições de bemestar e satisfação da mulher com o trabalho de parto, utilizando-se para a coleta de dados um questionário sociodemográfico e de dados obstétricos e um formulário de pesquisa – Escala de Bem-estar materno em situação de parto BMSP2 – versão brasileira abreviada. A amostra estimada será realizada a avaliação de 278 puérperas durante o período de coleta, o acompanhamento com que responderão o questionário sociodemográfico e o BMSP2. [...] que responderão a entrevista semiestruturada, selecionados de forma aleatória dentro da amostra total do estudo. Para a análise dos dados quantitativos será realizado através do programa Statistical Package for the Social

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5.539.474

Science - SPSS versão 25.0. Para a análise descritiva e analítica dos dados serão utilizadas as frequências absolutas e relativas, média, mediana e moda, para avaliação dos dados sociodemográficos e a identificação dos problemas éticos encontrados nas situações com maior percentual de insatisfação.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Geral Analisar os problemas éticos e bioéticos que emergem da avaliação das vivências das mulheres durante o trabalho de parto, à luz do código de ética médica e de enfermagem.

2.2 Específicos Avaliar a satisfação e bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e parto;
 Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres em trabalho de parto;
 Identificar as associações existentes entre a satisfação e bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto;
 Conhecer o que representou o trabalho de parto e parto para as mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS MÍNIMOS

1. Esta pesquisa pode provocar desconforto ou constrangimento, ao te fazer lembrar de situações de sua condição de trabalho de parto e parto, estando classificada como risco emocional, assim não podemos quantificar esse risco. Na tentativa de minimizar os riscos, os pesquisadores realizarão a pesquisa em local privado, na impossibilidade do local, serão providenciados biombos, e garantiremos a saída da participante, caso não se sinta confortável. Além disso, os dados obtidos serão preservados, garantiremos o sigilo, preservando seu nome e sua privacidade, através do lacramento dos questionários em sua presença. Por fim, respeitaremos suas crenças e percepções, ficando os dados sob responsabilidades dos pesquisadores.

BENEFÍCIOS

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

Os benefícios da pesquisa não serão imediatos, nem atingirá diretamente quem responder a pesquisa, no entanto os dados do estudo, melhorarão a assistência das próximas mulheres que utilizarão os serviços de parto.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 5.539.474

Espera-se que com os dados deste estudo, possamos auxiliar as equipes de saúde a conhecer os problemas éticos envolvidos na assistência à mulher em trabalho de parto e parto, conhecendo a satisfação e bemestar, para que os profissionais possam refletir sobre sua prática modificando possíveis condutas impróprias, melhorando o atendimento às mulheres, com assistência livre de danos físicos e emocionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tese de doutoramento, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES / UESB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1899509.pdf 10/06/2022 13:54:07 - OK

Esclarecimentos.pdf 10/06/2022 13:53:00 - OK

Problemaseticosevidenciadosnaavaliacaosobreasatisfacaoebemestardamulherduranteoparto.pdf 10/06/2022 13:51:34 - OK

TCLE_CEP_UESB_Questionario.pdf 10/06/2022 13:50:29 - OK

TCLE_CEP_UESB_entrevista.pdf 10/06/2022 13:50:20 - OK

Demais termos foram avaliados em pareceres anteriores.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

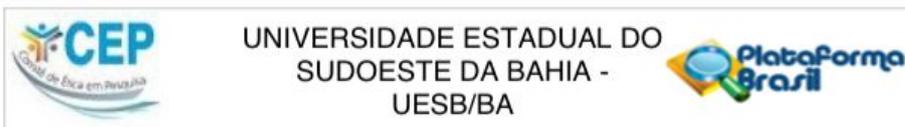
Sem pendências éticas.

Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V). Caso a pesquisa tenha duração de até um ano, torna-se suficiente o envio apenas do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB autorizou a

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5.539.474

aprovação por ad referendum assim que as pendências fossem sanadas. Portanto, fica aprovado o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1899509.pdf	10/06/2022 13:54:07		Aceito
Outros	Esclarecimentos.pdf	10/06/2022 13:53:00	Chrisne Santana Biondo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Problemaseticosevidenciadosnaavaliacaosobreasatisfacaoebemestardamulherduranteoparto.pdf	10/06/2022 13:51:34	Chrisne Santana Biondo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_UESB_Questionario.pdf	10/06/2022 13:50:29	Chrisne Santana Biondo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_UESB_entrevista.pdf	10/06/2022 13:50:20	Chrisne Santana Biondo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_esau.pdf	20/04/2022 15:02:02	Chrisne Santana Biondo	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/02/2022 18:06:42	Chrisne Santana Biondo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaoindividualdepesquisador.pdf	25/02/2022 18:04:45	Chrisne Santana Biondo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadores.pdf	25/02/2022 18:03:57	Chrisne Santana Biondo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/02/2022 18:02:03	Chrisne Santana Biondo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADES.pdf	25/02/2022 18:01:23	Chrisne Santana Biondo	Aceito

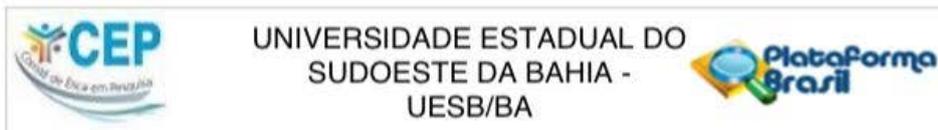
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5.539.474

JEQUIE, 21 de Julho de 2022

Assinado por:
Leandra Eugenia Gomes de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br