

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

Clinical factors of women in labor well-being: deontological and bioethical principlism perspectives

Factores clínicos del bienestar de la mujer en trabajo de parto: perspectivas deontológicas y de la bioética principialista

Chrisne Santana Biondo¹ ; Maria Madalena Souza dos Anjos Neta¹ ; Sérgio Donha Yarid¹ 

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil

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:** estudo transversal com abordagem quantitativa. Participaram 396 puérperas internadas em um hospital municipal do sudoeste da Bahia, e os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2023, após aprovação do comitê de ética em pesquisa. Os dados foram organizados 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.

Descritores: Ética Profissional; Satisfação do Paciente; Trabalho de Parto; Bem-Estar Materno.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the clinical factors associated with women's well-being during labor and delivery in the light of bioethics principlism and deontology. **Method:** a cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. It involved 396 postpartum women admitted to a municipal hospital in the southwest of Bahia. Data were collected from January to May 2023, after approval from the research ethics committee. The data were tabulated using Excel software and analyzed using SPSS v.25 through Multinomial Logistic Regression. **Results:** majority of the sample exhibited well-being with health care assistance. Women who underwent delivery performed by non-medical professionals showed higher chances of “adequate” levels of well-being. Additionally, women who did not undergo cesarean delivery showed increased chances of well-being. **Conclusion:** It is necessary for professionals to reflect on their actions, conditioning them to the humanization of childbirth, according to bioethical principles.

Descriptors: Ethics, Professional; Patient Satisfaction; Labor, Obstetric; Maternal Welfare.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores clínicos asociados al bienestar de la mujer durante el trabajo de parto y parto a la luz de la bioética y la deontología principialista. **Método:** estudio transversal con enfoque cuantitativo. Incluyó 396 puérperas ingresadas en un hospital municipal del suroeste de Bahía. Recolección de datos de enero a mayo de 2023, con aprobación del comité de ética en investigación. Los datos se tabularon en el *software* Excel y se analizaron mediante SPSS v.25. utilizando regresión logística multinomial. **Resultados:** la mayoría de las participantes de la muestra presentó bienestar con la atención para la salud; las que tuvieron partos realizados por profesionales no médicos tenían más probabilidades de tener niveles “adecuados” de bienestar; las que no tuvieron parto por cesárea tenían mayores probabilidades de tener bienestar. **Conclusión:** es necesario que los profesionales reflexionen sobre sus acciones y las adecuen para humanizar el parto, respetando los principios bioéticos.

Descriptores: Ética Profesional; Satisfacción del Paciente; Trabajo de Parto; Bienestar Materno.

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.

Autora correspondente: Chrisne Santana Biondo. E-mail: tity_biondo_enf@hotmail.com
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Juliana Amaral Prata

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 que expõem as mulheres ao constrangimento; *psicológica* evidenciada em atitudes de ameaças, tratamento autoritário e hostil, 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 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.

Portanto, a bioética principialista utiliza quatro princípios que balizam a prática em saúde. No trabalho de parto, o princípio da beneficência pode ser visto com o objetivo de promover benefícios à paciente, nos aspectos fisiológicos, psicológicos e espirituais, tornando a experiência satisfatória com a assistência integral.

A autonomia parte do respeito às decisões da paciente, disponibilizando informação para que, a partir disso, a mulher faça escolhas embasadas nas boas práticas recomendadas⁴.

O princípio da não-maleficência versa sobre o profissional da saúde não usar seus conhecimentos para levar prejuízos ao enfermo, comunicando à paciente as alternativas disponíveis bem como suas vantagens e desvantagens, buscando sempre alternativas que propiciem benefícios⁵.

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, sem peregrinar pela rede em busca dos serviços.

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. Converge-se, assim, para uma prática em que são respeitados os princípios bioéticos e a ética profissional contida nos códigos de ética médica e de enfermagem, com a assistência em saúde livre de imperícia, negligência e imprudência.

Diante disso, esse estudo teve como 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, descritivo, de caráter observacional e abordagem quantitativa. O cenário de pesquisa foi um hospital municipal no sudoeste da Bahia. A amostra foi do tipo não probabilística, por 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 Jamas⁶.

Os dados foram organizados no *software* Excel e tratados com auxílio do SPSS® versão 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 Cardíacos Fetais (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.

Esse estudo consiste em um subprojeto do trabalho intitulado “Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida, em consonância com os preceitos éticos que tratam sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Visando respeitar a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, as participantes deram sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, após serem 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. Garantindo ainda o sigilo, anonimato e saída da participante em qualquer etapa da pesquisa.

RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 396 mulheres com idade variando entre 18 e 45 anos ($\mu=27,62\pm5,97$). As Tabelas 1 e 2 apresentam o perfil da amostra considerando o questionário clínico.

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

Variáveis		n	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	cinco ou menos	58	14,65
	seis ou mais	334	84,34
	Missing	4	1,01
Orientada sobre parto	Sim	300	75,76
	Não	92	23,23
	Missing	4	1,01

Tabela 2: Perfil clínico das mulheres no período de parturição em um hospital público em uma cidade do interior da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

Variáveis		n	f(%)
Via parto	Vaginal	218	55,06
	Cesáreo	172	43,43
	Fórceps	6	1,51
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	Primeiro filho	191	48,11
	Dois ou três filhos	165	41,57
	Mais de três 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	Trabalho de Parto (TP) não evoluiu	46	11,62
	Sofrimento 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
	Missing	1	0,25

Mais da metade 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 seis ou mais consultas (84,34%).

A análise de regressão multinomial, considerando o modelo preditivo com variáveis contextuais é demonstrada na Tabela 3. 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.

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” ($B=-3,494$, $Wald=4,780$, $p=0,029$, $OR=0,030$).

Tabela 3: Resultados do modelo preditivo com variáveis contextuais. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

		-2LL	χ^2	df	p	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
	Sofrimento 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					

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

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 a adaptação com a maternidade e menor a probabilidade de depressão pós-parto⁷.

Para a amostra estudada, observou-se que a maioria atingiu o bem-estar adequado durante o parto. Corroborando com este dado, 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 assistência⁸.

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 tenha informação de qualidade 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 qual o motivo de terem feito cesárea (0,76%) e qual o profissional que lhes atendeu (10,35%). Além disso, resalta-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”⁹, 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 ao parto normal¹⁰.

Outro dado demonstrou que a autonomia das mulheres nem sempre é respeitada, ao identificar alto número de mulheres que não escolheu espontaneamente 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”¹¹. 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”⁹.

Destarte, os princípios bioéticos foram mencionados por Beauchamp e Childress¹², 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 fidelidade¹³.

Outro dado evidenciado no estudo foi que a assistência por profissionais não médicos 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 outros profissionais, como o enfermeiro obstetra e a obstetriz na atuação obstétrica.

Corroborando com esses achados, uma revisão Cochrane¹⁴ que comparou o modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetrizes com outros modelos de assistência demonstrou que as mulheres acompanhadas por obstetrizes 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 obstetrizes¹⁴. Assim, o supracitado revela a observância dos princípios da beneficência, ao utilizar com parcimônia procedimentos invasivos no parto e o da não maleficência, em não se utilizar do seu conhecimento para uso de assistência que ocasione riscos desnecessários à saúde da mulher.

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 obstetras ¹⁵, sendo entendido como uma barreira à assistência, evidenciando um problema bioético. 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, incentivando o trabalho em equipe e mediações de conflitos.

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), o que pode ser justificado pela unidade campo de estudo ser referência em gestação de alto **risco**. No entanto, observa-se que essa taxa aumentada de cesárea é frequente, estudo que comparou dois projetos – o Nascer Saudável e Rede Cegonha de 2017 e o Nascer 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% ¹⁶.

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%) ⁸, 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, desrespeitando o princípio da não maleficência, no entanto, no contexto brasileiro, estima-se que a taxa de referência esteja em torno de 29%¹⁷. 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%, cesarianas¹⁸.

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 educativas realizadas com mulheres e casais¹⁹.

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 obstétrica¹⁵.

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.

Limitações do estudo

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

Reconheceu-se o bem-estar das participantes, classificando como ótimo a assistência recebida no parto. No entanto, ao associar os fatores clínicos ao bem-estar, ficou 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 sejam usados para a prática clínica, com respeito a autonomia da mulher, em todas as fases do parto, e ao bem-estar materno e neonatal. Sendo necessário uso de identificação e apresentação profissional à mulher, bem como o uso de medidas que favoreçam a fisiologia feminina e o protagonismo da mulher no parto, utilizando intervenções necessárias e informadas.

Os resultados deste estudo contribuem por ampliar o conhecimento de profissionais que atuam no trabalho de parto e parto, incentivando um atendimento equânime, centrada nas necessidades individuais de cada mulher, intensificando a sensibilização do profissional para que assista integralmente as pacientes, utilizando-se dos princípios da bioética para balizar sua tomada de decisão, em consonância com os aspectos deontológicos.

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. Zanardo GLP, Uribe MC, De Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.* 2017 [cited 2023 Jun 25]; 29:e155043. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.
3. Souto REM, Brito NS, Sousa LSD, Brandão JC, Damasceno AKDC, Melo ESJ, et al. Forms and prevalence of obstetric violence during labor and delivery: integrative review. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2022 [cited 2023 Jun 25]; 16:e253246. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.253246>.
4. Santos ALS, Paz CT, Fraga BGG, Barreto FL, Gramacho RDCCV, da Silva Borges AJ. Bioética e parto humanizado: concepções e práticas de enfermeiras obstetras. *Textura.* 2019 [cited 2024 Jan 25]; 13(21):93-103. DOI: <https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p93-103>.
5. Castillo RH. Bioética y derecho en el cuidado del recién nacido durante el parto. *Quaestio Iuris.* 2021 [cited 2024 Jan 25]; 14(04):1845-63. DOI: <https://doi.org/10.12957/rqi.2021.55388>.
6. Jamas MT, Ferretti-Rebustini REDL, Rebustini F, Gonçalves IR, Gouveia LMR, Hoga L AK. Validity evidence of the Bienestar Materno en Situación de Parto Scale. *Acta Paul. Enferm.* 2021 [cited 2023 May 20]; 34:APE02843. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02843>.
7. Silva RCF, Westphal F, Assalin ACB, Silva MIM, Goldman RE. Satisfaction of pregnant women in relation to children and birth care. *Rev enferm UFPE online.* 2020 [cited 2023 Oct 25]; 14:e245851. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245851>.
8. Silva MJS, Silva TDS, Souza DRS, Souza AMG, Santos Ferreira TL, Andrade FB. Quality of care the childbirth and postpartum on the user's perception of primary health care. *Rev Ciênc. Plural.* 2020 [cited 2023 Jul 20]; 6(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292>.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 564/2017. Dispões sobre o código de ética do profissional de enfermagem. 2017 [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>.
10. Brasil. Diretriz nacional de assistência ao parto normal ministério da saúde versão preliminar Brasília – DF, 2022 [cited 2023 Oct 25]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/download/615_9c68b60515aeb7bb1f3f022505721f2b.
11. 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 [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
12. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
13. Schlemper Junior BR. Bioethics in the reception of psychoactive drug dependents in therapeutic communities. *Rev Bioética.* 2018 [cited 2023 Jul 20]; 26(1):47-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261225>.
14. 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 [cited 2023 Jun 15]; 9:CD004667. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>.
15. Oliveira CF, Ribeiro AÂV, Luquine Junior CD, Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, et al. Barriers to implementing guideline recommendations to improve childbirth care: rapid review of evidence. *Rev Pan Salud Pública.* 2020 [cited 2023 Aug 18]; 44:e132. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132>.
16. Leal MDC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVDS, Silva LBRADA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Publica.* 2019 [cited 2023 Jun 15]; 35(7):e002230018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
17. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília: MS; 2015 [cited 2023 Jun 15]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf.
18. Ministério da Saúde (Br). Paineis de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). 2023 [cited 2023 Jun 14]; Available from: <https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>.
19. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018 [cited 2023 Jun 14]; 9:CD005528. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005528.pub3>.



Contribuições dos autores

Concepção, C.S.B, M.M.S.A.N e S.D.Y.; Metodologia, C.S.B, M.M.S.A.N e S.D.Y; Software, C.S.B; Validação, C.S.B, M.M.S.A.N e S.D.Y; Análise Formal, C.S.B, M.M.S.A.N e S.D.Y; Investigação, C.S.B; Obtenção de recursos, C.S.B; Curadoria de Dados, C.S.B; Redação – Original Preparação de Rascunhos, C.S.B; Redação – Revisão e Edição, C.S.B, M.M.S.A.N e S.D.Y.; Visualização, C.S.B, M.M.S.A.N e S.D.Y.; Supervisão, C.S.B, M.M.S.A.N e S.D.Y.; Administração do Projeto, C.S.B. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.