

ARTIGO ORIGINAL

PARTO E NASCIMENTO NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS

Angelina Carmo Silva¹, Lise Maria Carvalho Mendes², Renata Simões Monteiro³, Renan Alves Silva⁴, Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵

RESUMO

Objetivo: compreender as percepções de enfermeiros sobre a assistência ao parto e nascimento hospitalar, na fronteira franco-brasileira.

Método: estudo qualitativo, realizado com oito enfermeiros que atuavam na assistência hospitalar, em um município localizado na fronteira franco-brasileira, entre os meses de outubro e novembro de 2018. Utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada, gravada e transcrita analisada de forma temática fundamentada na Teoria de Cuidados.

Resultados: emergiram duas categorias: Conhecer e estar com o cliente, em que se enfatizaram o acolhimento e as orientações; Limitações à manutenção de crenças, fazer por e possibilitar, cujos principais agentes limitantes foram ausência de especialização em enfermagem obstétrica, precariedade da assistência pré-natal, diversidade cultural e gravidez na adolescência.

Conclusão: os colaboradores evidenciaram a importância de conhecer o contexto em que se insere para alicerçar o plano de cuidados. A insuficiente autonomia, mediante ausência de capacitação, foi evidenciada como fator complicador para assistência obstétrica de qualidade.

DESCRITORES: Enfermagem Obstétrica; Saúde na Fronteira; Teoria de Enfermagem; Saúde da Mulher; Áreas de Fronteira.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Mendes LMC, Monteiro RS, Silva RA, Pinheiro AKB. Parto e nascimento na fronteira franco-brasileira: percepções de enfermeiros. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67820>.

¹Enfermeira. Prefeitura Municipal de Macapá. Macapá, AP, Brasil. 

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá. Oiapoque, AP, Brasil. 

³Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal do Amapá. Oiapoque, AP, Brasil. 

⁴Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Espírito Santo. São Mateus, ES, Brasil. 

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. 

BIRTH AND CHILDBIRTH ON THE FRENCH-BRAZILIAN BORDER: NURSES' PERCEPTIONS

ABSTRACT

Objective: to understand nurses' perceptions of childbirth and hospital birth assistance on the Franco-Brazilian border.

Method: a qualitative study, carried out with eight nurses who worked in hospital care, in a municipality located on the French-Brazilian border, between the months of October and November 2018. We used the semi-structured interview technique, recorded and transcribed, analyzed based on themes founded in the Theory of Care.

Results: two categories emerged: Knowing and being with the client, in which the reception and guidance were emphasized; Limitations to maintaining beliefs, doing for and making it possible, whose main limiting agents were the lack of specialization in obstetric nursing, precarious prenatal care, cultural diversity and teenage pregnancy.

Conclusion: employees highlighted the need of knowing the context in which they operate to support the care plan. Deficient autonomy, due to the lack of training, as a complicating factor for quality obstetric care was evidenced.

DESCRIPTORS: *Obstetric Nursing; Border Health; Nursing Theory; Women's Health; Border Areas.*

PARTO Y NACIMIENTO EN LA FRONTERA FRANCO-BRASILEÑA: PERCEPCIONES DE LOS ENFERMEROS

RESUMEN:

Objetivo: comprender las percepciones de los enfermeros sobre la asistencia en el parto y el nacimiento en el hospital, en la frontera franco-brasileña.

Método: estudio cualitativo, realizado con ocho enfermeros que trabajaban en atención hospitalaria, en un municipio ubicado en la frontera franco-brasileña, entre los meses de octubre y noviembre de 2018. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, grabada y transcrita con análisis temático sobre la base de la Teoría del Cuidado.

Resultados: surgieron dos categorías: conocer y estar con el cliente, en las que se enfatizaron el acogimiento y las pautas orientativas; limitaciones para el sostenimiento de las creencias; fomentar y tornar posible, cuyos principales agentes limitantes fueron la ausencia de especialización en enfermería obstétrica, atención prenatal precaria, diversidad cultural y embarazo adolescente.

Conclusión: los empleados mostraron la importancia de conocer el contexto en el que operan para apoyar el plan de atención. La insuficiencia de autonomía, debido a la falta de capacitación, se evidenció como un factor que dificulta la atención obstétrica de calidad.

DESCRIPTORES: *Enfermería obstétrica; Salud de frontera; Teoría de enfermería; Salud de la mujer; Zonas de frontera.*

INTRODUÇÃO

O parto no Brasil tornou-se um acontecimento institucionalizado, medicalizado e fortemente relacionado a intervenções desnecessárias^(1,2). Ao contrário deste cenário, a enfermagem obstétrica caminha, atualmente, em direção a uma assistência mais integrativa e baseada em evidências científicas, respeitando a autonomia da paciente e o cuidado ético, com adoção de intervenções, em momentos oportunos, para a manutenção da saúde materna e do recém-nascido⁽³⁻⁵⁾.

Para que o parto e nascimento tornem-se eventos seguros, são necessários oferta de serviços de qualidade, cumprimento de protocolos obstétricos e que os profissionais da saúde exerçam práticas assistenciais baseadas nas melhores evidências científicas^(6,7).

Nesse sentido, apontam-se a disponibilidade e acessibilidade à assistência de saúde em áreas remotas e longínquas dos grandes centros urbanos como deficitárias. A exemplo, observam-se os contextos diversos de fronteiras amazônicas, em que há escassez de profissionais qualificados e o atendimento à saúde ainda é precário⁽⁸⁾, o que pode comprometer a saúde materna e neonatal das populações que se inserem nesse entorno, como ribeirinhos, indígenas e outros povos da floresta.

Assim como verificado em outros países que se inserem no contexto amazônico⁽⁸⁾, observa-se que os estados da Região Norte brasileira apresentam elevada proporção de complicações obstétricas⁽⁹⁾. Verifica-se, também, que entre as mulheres indígenas as complicações são mais recorrentes, quando comparadas às mulheres negras e brancas⁽¹⁰⁾. Constata-se, ainda, que o estado do Amapá, situado no extremo-norte brasileiro, apresenta a segunda maior taxa de mortalidade materna no Brasil⁽¹¹⁾.

No entanto, a literatura é escassa quanto à assistência de enfermagem ao parto e nascimento nessa conjuntura. Assim, reconhece-se a necessidade de compreender as percepções de enfermeiros sobre a assistência hospitalar ao parto e nascimento, realizada em regiões remotas, como a região fronteira da cidade gêmea de Oiapoque, situada entre o Brasil e a Guiana Francesa.

Uma das formas de compreender a assistência ao parto e nascimento é por meio da utilização de modelos de cuidados e teorias que permeiam a prática dos profissionais da enfermagem. As teorias são capazes de oferecer estrutura e organização ao cuidado, além de perspectiva sobre como visualizar a situação do paciente, proporcionando, simultaneamente, um modo sistemático de coletar os dados⁽¹²⁾.

A Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson avalia que as ações e assistências de enfermagem devem ser fundamentadas nos indivíduos e, especialmente, nas capacidades destes, possibilitando a elegibilidade de necessidades e prioridades, a partir da aproximação ao paciente⁽¹³⁾. Deste modo, apresenta-se o arcabouço do cuidar como processo interligado ao afeto entre as partes envolvidas, no qual o enfermeiro assume o sentimento de responsabilidade perante o cliente, na perspectiva da saúde materna⁽¹⁴⁾.

Além de facilitar a análise e interpretação dos dados, essa perspectiva teórica possibilita que o enfermeiro realize o planejamento e a implementação do cuidado, de forma sistemática e intencional⁽¹³⁾. Assim, o estudo objetivou compreender as percepções de enfermeiros sobre a assistência ao parto e nascimento hospitalar, na fronteira franco-brasileira.

MÉTODO

Estudo qualitativo, desenvolvido no único hospital brasileiro que atende à população

da faixa de fronteira no Estado do Amapá, Brasil, situado no município de Oiapoque, referência em atendimentos de baixa e média complexidade e que compõe a Rede Cegonha da localidade.

A atenção terciária mais próxima do município encontra-se em Cayenna, capital da Guiana Francesa e, no Brasil, em Macapá, a 600 km do município de Oiapoque. A estrada que interliga Oiapoque a Macapá possui um trecho de 112 km que não é pavimentado, dificultando o acesso de veículos nos períodos do inverno amazônico. O referido hospital conta com nove enfermeiros. A estrutura física para o atendimento obstétrico possui sala de parto, pré-parto e enfermaria obstétrica. Em média, realizam-se 300 partos anuais, entre vaginais e cesarianas.

Estabeleceu-se como critério de inclusão: ser enfermeiro, prestar assistência no trabalho de parto, parto e puerpério e ao recém-nascido no hospital selecionado. Como critérios de exclusão, definiram-se: estar afastado do serviço em decorrência de licença médica ou férias. A amostra foi censitária, apenas um enfermeiro não participou do estudo, por estar em gozo de licença prêmio no período da coleta. Assim, participaram oito enfermeiros assistenciais.

As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas em ambiente reservado, com duração média de 30 minutos. Respeitou-se a dinâmica da assistência hospitalar para não interferir nas atividades clínicas e gerenciais. A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2018, nos períodos matutino e noturno.

Realizou-se entrevista aberta, sendo utilizada a seguinte questão: como você percebe as práticas realizadas na atenção ao parto e nascimento? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As transcrições foram procedidas em até 24 horas após a gravação, para melhor aproveitamento da memória. Os depoimentos foram identificados por meio da letra E (Enfermeiro), seguidos da ordem numérica das entrevistas.

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de formulário estruturado, que continha dados sobre faixa etária, sexo, tempo de formado, se cursou especialização em enfermagem obstétrica e/ou residência em enfermagem obstétrica, se cursou formação *stricto sensu*, tempo de atuação no referido serviço.

O percurso para organização e análise dos dados qualitativos foi disposto segundo a técnica de Análise de Conteúdo, seguindo as três fases dessa modalidade⁽¹⁵⁾. Após transcrição na íntegra das entrevistas, procedeu-se à leitura flutuante que possibilitou a definição do corpus a ser analisado. As categorias analíticas foram agrupadas, conforme a identificação de elementos e características comuns ou relacionados entre si em torno de um conceito, capaz de representá-lo⁽¹⁵⁾.

Utilizou-se como fundamentação para análise a Teoria dos Cuidados, de Kristen Swanson, que se sustenta em cinco processos básicos que validam e oferecem significado ao cuidado: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter as crenças⁽¹³⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá, por meio do parecer 2.980.053. Para delineamento do estudo, seguiram-se as diretrizes do Critério Consolidado de Relato de Pesquisa Qualitativa (COREQ).

RESULTADOS

Os enfermeiros entrevistados estavam na faixa etária de 27 a 55 anos, eram do sexo feminino. O tempo de formação da graduação variou de quatro meses a 20 anos. Nenhuma das colaboradoras referiu ter cursado especialização e/ou residência em enfermagem obstétrica ou possuía pós-graduação *stricto sensu*. O tempo de atuação no referido serviço variou de quatro meses a 12 anos.

Na análise das falas das entrevistas, emergiram duas categorias: Conhecer e estar com a parturiente; e Limitações à manutenção de crenças, fazer por e possibilitar.

Conhecer e estar com a parturiente

As participantes referiram ser papel do enfermeiro tornar o momento do parto e nascimento mais agradável e que o acolhimento faz parte desta função, principalmente na assistência às primigestas e no contexto de gravidez na adolescência:

Depende de como você recebe a paciente. Porque tudo parece ser muito assustador, principalmente as que são mães de primeira viagem e aquelas que são muito adolescentes, quando elas chegam na sala de parto, ficam meio assustadas, temerosas, suam frio, então, eu percebo que a minha função naquele momento é tornar aquele ambiente um pouco mais agradável. (E7)

Verificou-se que as orientações consistiam em preocupação constante, mediante as características peculiares da população, em que é recorrente a ausência de exames completos e consultas de pré-natal ou, ainda, pré-natal incompleto, gravidez na adolescência, baixa escolaridade, área de garimpos, população ribeirinha, cultura indígena:

Tem algumas que chegam aqui e têm somente realizado duas consultas de pré-natal ou nenhuma; elas são muito novinhas também, tem em média 14, 13 anos. Isso é uma preocupação, fico sempre em alerta para tentar esclarecer as dúvidas e orientar os cuidados, é difícil, sabe? (E8)

Na nossa realidade é que a maioria das gestantes, 90% não fazem o pré-natal, ou se fazem pré-natal, é incompleto, tem menos de três consultas, ou é aquela gestante também que pode ser proveniente do garimpo, ribeirinha ou indígena, e, na maioria das vezes, não fez nenhuma consulta, nenhum exame, daí a gente tenta assistir essa gestante da melhor forma possível, através de orientações naquele período, mas muita coisa não tem mais solução. (E4)

Limitações à manutenção de crenças, fazer por e possibilitar

As enfermeiras expuseram limitações para a realização de prática adequada, a exemplo da restrição do posicionamento para parir, a impossibilidade de escolha de músicas para o nascimento, o receio de realizar a mensuração da dilatação do colo do útero e a presença de acompanhante. Os principais agentes limitantes estruturais foram a precária estrutura física e de insumos, a ausência de especialização em obstetrícia, a dependência da anuência médica:

Até o momento, nunca vi nenhuma mulher pedir para escutar música. Nós sempre falamos que ela tem a liberdade, no entanto, eu não posso determinar, porque não sou eu que propriamente dito, tem o médico. Depende muito do médico. Não posso dizer para mulher ficar de cócoras, se o médico não concorda. Não costumo assumir o parto sozinha; apenas ajudo. Eu não faço toque vaginal, porque não tenho especialização em obstetrícia. Tenho muito medo.... Se eu tivesse pelo menos a formação, teria mais segurança. (E7)

Os partos aqui, a maioria, são feitos pelo médico, temos um centro cirúrgico e uma mesa, onde a maioria dos partos são feitos nela. Esta é a nossa realidade, ainda bastante precária para atuarmos com segurança. A gestante não tem opção de escolha, tipo fazer o parto de cócoras ou fazer o parto na banheira com água, que a gente vê muito hoje em dia, aquele parto natural, onde a gestante entra na água e o pai ao lado, cena de filme, essa não é a realidade do serviço público de saúde aqui do estado. Eu penso que a maioria dos hospitais ainda não trabalha dessa forma. Não temos estrutura, nem material. (E4)

A permissão ao acompanhante do sexo masculino foi citada como de difícil execução pelas enfermeiras participantes, já que a instituição pesquisada tem norma que proíbe

esse tipo de permanência nas enfermarias femininas. No entanto, as falas das participantes demonstram discordância e insatisfação com a normativa. Além disso, a realização desta prática depende da autorização do médico, conforme descrito nos seguintes recortes:

Se existe uma lei do acompanhamento, toda mulher tem direito, independentemente de ser homem ou mulher. Aqui, como não têm enfermarias para todo mundo, a desculpa que eles me deram é que como têm outras mulheres, elas ficariam incomodadas com a presença dos homens lá dentro. Eu respeito em parte, porque é meu ambiente de trabalho, tenho que acatar e aceitar, mas eu, como cidadão, não sou a favor! Tem mulher que chega aqui e não tem mãe, nem irmã, só tem o marido e tem que sair correndo atrás de uma vizinha, de alguém para ficar com a esposa, isso é desnecessário! Se ela não tem o marido, às vezes tem o pai, o irmão. Tem gestante que já chega aqui com o marido logo dizendo: olha não tem mais ninguém! Têm colegas que quando veem o homem lá dentro colocam para fora da sala, já diz que não pode ficar. Quando eu estou de plantão, eu posso até escutar depois da direção, mas eu libero! (E1)

A ausência ou realização de pré-natal ineficaz acarreta desinformações. A chegada da parturiente no período expulsivo do parto, muitas vezes ocasionada pelo isolamento geográfico das aldeias indígenas, foi mencionada como fator complicador, mediante ausência da realização de exames durante o pré-natal ou não realização do pré-natal.

A diversidade cultural presente na região também foi apontada como obstáculo. Por coexistirem muitos povos indígenas, de diferentes etnias e, ainda, estrangeiros, com pouca fluência ou desconhecimento do português, a comunicação eficaz e os cuidados à necessidade real da parturiente são prejudicados. A presença de gravidez na adolescência também foi mencionada como constante na assistência obstétrica.

Muitas vezes, não possui nenhum exame, sabe? Quando é assim, já considero uma gravidez de alto risco. Por essa falta do pré-natal. Outra coisa muito séria no município é a gravidez na adolescência. Nós temos muitas meninas aqui de 13, 15 anos, gestantes e sem nenhum preparo psicológico. Totalmente cruas, despreparadas, então eu tento voltar minha atenção muito em cima delas, com orientações. A gente atende muitas indígenas, muitas vezes já chegam em cima do período expulsivo, elas vêm das aldeias, chegam muito tarde. Então, já é um problema muito sério para nós. Às vezes, com uma ou duas consultas de pré-natal, sem exame; já chega assim quase para o parto mesmo, então, isso se torna um problema para nós. Sempre falo que isso é chave de cadeia! Porque a gente não sabe nada da gestante e, muitas vezes, até o fator da língua mesmo, a diferença cultural também atrapalha. [...] É um problema todo do município, desde lá do pré-natal, mas aqui tem que está fazendo essa diferença com boas orientações. (E6)

DISCUSSÃO

O acolhimento possibilita o conhecimento à parturiente e tem função fundamental na construção do vínculo de confiança com os profissionais e os serviços de saúde, o que favorece o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto⁽¹⁶⁾. O cuidado com o contexto em que se insere a clientela e a preocupação em realizar o acolhimento e as orientações, observando as especificidades, reflete os processos básicos da Teoria de Kristen Swanson, que dispõem, neste sentido, das técnicas de conhecer e estar com.

A precariedade de estrutura física foi referenciada como fator complicador no desempenho das atividades de enfermagem em outros estudos^(17,18). A ausência de exames, de consultas ou ainda pré-natal incompleto por parte da clientela foi apontada como adversidade para realização do cuidado de qualidade à parturiente e ao recém-nascido.

Nesse sentido, as colaboradoras explicitaram que é rotineira a chegada de parturientes na unidade hospitalar com ausência de pré-natal ou número de consultas insuficientes, conforme recomendado pela Rede Cegonha⁽¹⁹⁾. Este fato converge com o verificado em

alguns inquéritos de saúde, em que a Região Norte do Brasil apresentou os piores escores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade pré-natal⁽²⁰⁻²²⁾. A pesquisa Nascer no Brasil também verificou que a atenção inadequada ao pré-natal, assim como as mulheres que residiam na Região Norte e as que ficaram sem acompanhantes durante a internação, apresentaram elevada taxa de mortalidade neonatal⁽²¹⁾. Esta região também foi a que menos realizou exame de ultrassom durante o pré-natal⁽²²⁾.

Outro ponto elencado foi a ausência de especialização na área de obstetrícia por parte das colaboradoras. A carência de expertise gera insegurança à prática obstétrica, o que contribui para que as profissionais percam autonomia e contribuam para subordinação à figura do médico, no cenário da atenção ao parto no ambiente hospitalar⁽²²⁾.

A qualificação corrobora com o aumento da autonomia da enfermagem na atuação obstétrica⁽²²⁾ e a ausência, com dificuldades em proporcionar processo parturitivo centrado na parturiente. Estudos apontam que a assistência de enfermeiros obstétricos às gestantes de risco habitual associa-se a menores taxas de intervenções desnecessárias, menor risco de episiotomia e parto instrumental, maior chance de parto espontâneo e maior sensação de controle pela parturiente⁽³⁻⁵⁾. Observa-se, também, maior possibilidade de iniciar o aleitamento materno precoce e menor duração da hospitalização neonatal⁽⁵⁾.

As condições críticas de trabalho e a baixa oportunidade de progressão e qualificação profissional são fatores que dificultam a fixação de profissionais da saúde em áreas longínquas de grandes centros urbanos e de extrema vulnerabilidade social^(16,23). As Regiões Norte e Nordeste detêm a situação mais desigual do país, quanto à distribuição e fixação desses profissionais^(16,23).

Outrossim, retratou-se como fator limitante para assistência segura a recorrente gravidez na adolescência por parte da clientela. Neste sentido, as adolescentes são mais propensas a desenvolver intercorrências, com maiores probabilidades de deslocamento prematuro de placenta, parto prematuro, alterações biopsicossociais, depressão pós-parto, entre outros⁽²⁴⁻²⁶⁾. A idade materna menor que 20 anos possui maior possibilidade de mortalidade neonatal^(21,26).

A diversidade cultural foi referenciada como fator limitante à comunicação efetiva, em que há numerosas etnias indígenas, além de estrangeiros, sendo, muitas vezes, o idioma falado barreira à comunicação entre a gestante e o profissional. Nesta perspectiva, observa-se que os indígenas Karipuna, Galibi e Palikur do Oiapoque possuem tradições e culturas diferenciadas. Os Galibi falam a língua da família Karib; os Palikur, uma língua do tronco Aruake; e os Karipuna falam o patoá, dialeto creole da Guiana Francesa. O português é conhecido pelos homens e, em menor frequência, pelas mulheres⁽²⁷⁾.

Sobre o dialeto, observa-se que a variação linguística se torna agente limitante para compreensão fidedigna do que a paciente refere sobre a própria saúde, por mais que haja tradutor⁽²⁸⁾. A dificuldade de tradução de forma integral resulta, algumas vezes, em equívocos, esbarrando em palavras intransponíveis ao outro idioma, diante do vocabulário técnico da área de saúde e do dialeto em questão⁽²⁸⁾.

A presença de gestantes ribeirinhas, garimpeiras e indígenas também foi elencada, uma vez que residem em localidades distantes dos centros urbanos e com difícil acesso à assistência hospitalar. De acordo com as entrevistadas, estas gestantes não realizam a atenção pré-natal e chegam ao ambiente hospitalar, muitas vezes, no período expulsivo do parto, o que dificulta a anamnese e a oferta de assistência segura. Esta perspectiva também foi abordada em outros estudos^(9,10).

Convergente ao exposto, verifica-se que a presença de Near Misses Materno em gestantes indígenas é elevada^(9,10), condição atribuída ao fato de essas mulheres residirem em localidades afastadas de centros hospitalares, e, desta forma, resultando em demora para o início da assistência hospitalar adequada^(9,10).

Os principais componentes imbricados no atraso ao recebimento de cuidados

envolvem o retardamento da decisão de procurar por serviços de saúde, a chegada demorada à unidade de saúde e o atraso na prestação de cuidados na instituição de referência⁽²⁷⁾. O acesso em tempo hábil poderia reduzir a morbimortalidade materna^(29,30).

Nessa perspectiva, a presença de povos indígenas e ribeirinhos em situação de isolamento geográfico, com grande número de igarapés e ausência de pavimentação das rodovias; vasto território com baixa densidade demográfica; inverno rigoroso que impossibilita o tráfego aéreo; podem atuar como condicionantes que dificultam o acesso aos serviços de saúde para mulheres que apresentaram morbidade materna grave.

Diante do exposto, este estudo apresentou como limitação a generalização dos achados. Contudo, a despeito desta restrição, a investigação apresenta resultados preliminares sobre a assistência em enfermagem obstétrica em áreas remotas, suscitando, assim, a importância de futuras investigações sobre a temática do ensino profissional especializado e respectivas interfaces com a realidade da assistência obstétrica prestada à população. O estudo apresentado é um exemplo não somente da realidade específica analisada, mas se insere como arquétipo de um contexto mais amplificado, vivenciado em áreas remotas pan-amazônicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções sobre a assistência ao parto e nascimento pelas enfermeiras participantes preconizaram as etapas de conhecer e estar com a gestante, enfatizando o acolhimento e as orientações à clientela. As limitações foram referenciadas no âmbito da manutenção das crenças, fazer por e possibilitar, em que a ausência de especialização em enfermagem obstétrica resultou em pouca autonomia para o cuidado com a parturiente, puérpera e recém-nascido.

A carência de consultas pré-natal ou a realização deste de forma insatisfatória foram referidas como obstáculo à assistência segura. A precariedade da estrutura física e de recursos humanos, que impossibilita a disposição de puérperas e parturientes em enfermarias distintas, foram referidas como fator complicador ao exercício das boas práticas de parto e nascimento.

Foi mencionada a diversidade cultural dos povos da floresta, que dificulta os processos de comunicação eficaz entre equipe e paciente. As grandes distâncias das aldeias e comunidades rurais impedem o fornecimento de assistência de enfermagem segura. A gravidez na adolescência foi retratada como outro fator agravante, uma vez que as adolescentes estão mais propensas às complicações obstétricas.

REFERÊNCIAS

1. Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR de, Quirino G da S, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. Rev. bras. enferm [Internet]. 2018 [acesso em 22 jan 2019]; 71(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/0034-7167-reben-71-05-2594.pdf>.
2. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 11 abr 2019]; 30(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
3. Vargens OM da C, Silva ACV da, Progiant JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. Esc Anna Nery. [Internet]. 2017 [acesso em 22 abr 2019]; 21(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>

[arttext&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295).

4. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa AC de P, Martins DP. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 22 abr 2019]; 69(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>.
5. Alvares AS, Corrêa AC de P, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. Rev. bras. enferm [Internet]. 2018 [acesso em 24 abr 2019]; 71(supl.6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.
6. Organização Mundial de Saúde-OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal/ Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Tradução da Organização Panamericana de Saúde-OPAS. Genebra; 1996.
7. Ministério da Saúde. Portaria n. 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015.
8. Oliveira APC de, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2017 [acesso em 24 abr 2019]; 22(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.
9. Silva AAM da, Leite AJM, Lamy ZC, Moreira MEL, Gurgel RQ, Cunha AJLA da, et al. Neonatal near miss in the Birth in Brazil survey. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [acesso em 20 abr 2019]; 30(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00129613>.
10. Fernandes KG, Souza RT, Leal MC, Moura EC, Santos LM, Cecatti JG. Ethnic differences in maternal near miss. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2017 [acesso em 20 mar 2019]; 296(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-017-4530-6>.
11. Martins ACS, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. Rev bras enferm [Internet]. 2018 [acesso em 23 abr 2019]; 71(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>.
12. Ribeiro OMPL, Martins MMFP da S, Tronchin DMR, Forte ECN. The perspective of portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. Texto contexto – enferm [Internet]. 2018 [acesso em 01 abr 2020]; 27(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>.
13. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship. [Internet] 1993 [acesso em 25 abr 2019]; 25(4). Disponível em: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf.
14. Cabete CAPS. Gestão da emocionalidade de pais de recém-nascidos de risco. [Internet]. Lisboa: Esc Superior de Enfermagem de Lisboa; 2014 [acesso em 02 abr 2010]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16254/1/RELAT%C3%93RIO%20CARLA%20CABETE%202014.pdf>.
15. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Broca PV, Ferreira M de A. Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2019]; 19(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 23 mar 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf.
18. Bruggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME de, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. Texto contexto – enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 26 abr 2019]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104->

[07072014002860013](#).

19. Marques CPC, organizador. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. São Luís: Ministério da Saúde; 2015.
20. Guimarães AS, Mantovani SAS, Oliart-Guzmán H, Martins AC, Filgueira-Júnior JA, Santos AP, et al. Prenatal care and childbirth assistance in Amazonian women before and after the Pacific Highway Construction (2003–2011): a cross-sectional study. BMC Women's Health. [Internet]. 2016 [acesso em 19 fev 2019]; 16(37). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-016-0316-4>.
21. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 03 abr 2020]; 30(supl.1). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
22. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2017 [acesso em 20 maio 2019]; 33(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X001958ce15>.
23. Melo CMM de, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC da, Mascarenhas SN. Professional autonomy of the nurse: some reflections. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2016 [acesso em 29 abr 2019]; 20(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160085>.
24. Mendonça MHM de, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2010 [acesso em 24 mar 2019]; 15(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>.
25. Gama SGN da, Viellas EF, Schilithz AOC, Theme Filha MM, Carvalho ML de, Gomes KRO, et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [acesso em 20 mar 2019]; 30(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145513>.
26. Rodrigues KA, Souza MFNS de, Vieira ML, Benício MMS, Freitas DA. Gravidez e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. Arq. Catarin. Med. [Internet]. 2018 [acesso em 20 abr 2019]; 47(2). Disponível em: <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/337/268>.
27. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. Texto contexto – enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 30 abr 2019]; 25(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002290015>.
28. Leonardi, VPB. Amazonian frontiers of Brazil: health and social history. Brasília: Paralelo 15; 2000.
29. Silva DM da, Sousa MT de, Nascimento EH de S, Santos LA, Martins NV do N, Figueira MCS. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. Saude soc. [Internet]. 2016 [acesso em 24 abr 2019]; 25(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016160600>.
30. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP de, Guerra GV de QL, Diniz CSG, et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2019 [acesso em 14 jun 2019]; 41(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1672181>.

Recebido: 03/07/2019
Finalizado: 30/04/2020

Editora associada: Tatiane Herreira Trigueiro

Autor Correspondente:

Lise Maria Carvalho Mendes
Universidade Federal do Amapá
Rd. Juscelino Kubitschek, km 2 - 68903-197 - Macapá, AP, Brasil
E-mail: lisedemendes@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - RSM

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - RAS

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - AKBP

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - LMCM



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).