

INGRID LIMA SILVA
ESRON SOARES CARVALHO ROCHA



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

em territórios indígenas
do Amazonas



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

em territórios indígenas
do Amazonas



Aponte a câmera do seu
dispositivo para o QR Code
ao lado para visualizar o
conteúdo online

Protocolo de Enfermagem para o primeiro atendimento
às urgências e emergências obstétricas em territórios
indígenas no Amazonas

INGRID LIMA SILVA
ESRON SOARES CARVALHO ROCHA

Realização:



Apoio:





RECONHECIMENTO



Programa de Desenvolvimento Acadêmico Abdias Nascimento

Programa Capes/Abdias Nascimento

Processo: 88881.918359/2023-01

Aluno Beneficiado com Bolsa Sanduíche para a Toronto
Metropolitan University – Canadá, pelo período de seis meses.

Processo: 88887.008836/2024-00





FICHA CATALOGRÁFICA

S586p Silva, Ingrid Lima Silva
Protocolo de Enfermagem para o Primeiro Atendimento às
Urgências e Emergências Obstétricas em Territórios Indígenas do
Amazonas. / Ingrid Lima Silva Silva. - 2025.
84 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): Eson Soares Carvalho Rocha.
Orientador(a): Maria Suely de Sousa Pereira .
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto
Amazônico, Manaus, 2025.

1. Protocolo. 2. Urgência. 3. Emergência. 4. obstétrica. 5.
Indígena. I. Rocha, Eson Soares Carvalho. II. Pereira, Maria Suely
de Sousa. III. Universidade Federal do Amazonas. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico. IV. Título

APRESENTAÇÃO DOS AUTORES



INGRID LIMA SILVA

Enfermeira, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico – Mestrado Profissional (PPGENF/MP-UFAM). Especialista em Saúde Pública com Ênfase na Atenção Básica (UNAMA) e em Tecnologias Educacionais à Docência (UEA). Atuei como enfermeira assistencial no município de Lábrea/AM e como Coordenadora Municipal da Atenção Primária em Saúde. Atualmente, exerço o cargo de professora substituta na Escola de Enfermagem de Manaus – UFAM.

ESRON SOARES CARVALHO ROCHA

Enfermeiro, Doutor em Ciências. Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia. Especialista em Saúde Indígena. Professor Associado da Escola de Enfermagem (EEM/UFAM). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico – Mestrado Profissional (PPGENF-MP). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde com populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia (GEPSPVAM).



MARIA SUELY DE SOUSA PEREIRA

Enfermeira, Doutora em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia. Mestre em Patologia Tropical. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Professora associada da Escola de enfermagem de Manaus (UFAM). Vice-líder do Grupo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem na Saúde da mulher, adolescente e criança – PEEMAC.

COLABORADORES

RIZIOLÉIA MARINA PINHEIRO PINA

Enfermeira, Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem (EEM/UFAM). Coordenadora e Docente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico – Mestrado Profissional (PPGENF-MP). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em saúde com populações em situação de Vulnerabilidade na Amazônia (GEPSPVAM).





PARCEIROS

O presente Protocolo é um produto técnico desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico (PPGENF/UFAM), na modalidade Mestrado Profissional, vinculado à linha de pesquisa “Gestão de Enfermagem no Contexto Amazônico”.

A elaboração deste protocolo contou com o apoio institucional da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), por meio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESP), responsável pelo acompanhamento e suporte acadêmico às atividades do Programa de Mestrado Profissional. Destaca-se, ainda, a colaboração da Escola de Enfermagem da UFAM, que contribuiu por meio da disponibilização de infraestrutura e recursos voltados ao desenvolvimento das ações de ensino, pesquisa e extensão vinculadas à construção deste produto técnico.

O estudo teve, igualmente, a parceria do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus (DSEI-MA), que concedeu anuência institucional para a coleta de dados junto aos enfermeiros vinculados ao referido Distrito, além de colaborar no fornecimento de fontes secundárias e informações complementares essenciais ao processo de elaboração do protocolo. Essa cooperação possibilitou a integração entre a pesquisa acadêmica e a prática assistencial, garantindo que as proposições do protocolo estivessem alinhadas às demandas reais dos serviços de saúde indígena na região amazônica.

O protocolo também foi beneficiado pela parceria com o Programa de Desenvolvimento Acadêmico Abdias Nascimento, no âmbito do projeto “*Especificidades socioculturais no ciclo gravídico-puerperal de mulheres indígenas*”, fomentado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e executado em cooperação com a Universidade Franciscana (UFN). Essa parceria proporcionou uma experiência de mobilidade internacional realizada em 2025, junto à Toronto Metropolitan University (TMU), no Canadá, ampliando o diálogo intercultural e científico sobre as práticas de cuidado à saúde materna indígena em contextos de diversidade cultural.

O conjunto dessas parcerias institucionais foi essencial para o fortalecimento da base científica, ética e intercultural que fundamenta este protocolo, refletindo o compromisso conjunto das instituições envolvidas com a inovação, a humanização e a valorização dos saberes tradicionais na enfermagem amazônica.





PREFÁCIO

Recebi com alegria e gratidão o convite para prefaciар o “Protocolo de Enfermagem para o primeiro atendimento às urgências e emergências obstétricas em territórios indígenas no Amazonas”, elaborado por colegas parceiros da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, os quais admiro muito: Mda. Ingrid Lima Silva e Prof. Dr. Esron Soares Carvalho Rocha.

A presente Obra não é mais uma produção dentre tantas outras. De caráter inédito, o produto técnico-tecnológico “Protocolo de Enfermagem para o primeiro atendimento às urgências e emergências obstétricas em territórios indígenas no Amazonas” apresenta características culturais singulares que considera a vida e os cuidados de mulheres indígenas. Sua abordagem é altamente criativa e sensível, focada na integração de práticas de Enfermagem de urgência e emergência obstétrica aos cuidados tradicionais e o contexto cultural específico de mulheres indígenas no estado do Amazonas, Brasil.

O texto fornecido aborda o contexto complexo da saúde dos povos indígenas no Brasil, destacando as iniquidades persistentes, especialmente na saúde materna e, como resposta, apresenta um protocolo de enfermagem como ferramenta indutora de um novo pensar e agir face às disparidades. Aborda os desafios logísticos da região, como o vasto território e o difícil acesso às comunidades, que impõem barreiras à assistência contínua.

O “Protocolo de Enfermagem para o Primeiro Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas em Territórios Indígenas no Amazonas” valoriza e incorpora as práticas culturais das comunidades indígenas no cuidado materno-infantil, reconhecendo a eficácia da medicina indígena e o direito desses povos à sua cultura. O protocolo visa aprimorar a formação intercultural dos profissionais de enfermagem, garantindo que estejam preparados para atuar de forma segura, humanizada e respeitosa nesse contexto diferenciado.

O protocolo incorpora e valoriza as práticas culturais e a medicina indígena, com a finalidade de aprimorar a formação dos profissionais para uma atuação segura, humanizada, respeitosa e intercultural. Os autores reconhecem que, ao atuar na linha de frente do cuidado, a Enfermagem é a principal força de trabalho nos territórios indígenas.

Desejo, que a presente produção tenha ampla replicabilidade e impacto real em contextos indígenas, a fim de





reduzir iniquidades sociais e contribuir, de forma efetiva, para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

Prof. Dra. Dirce Stein Backes
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da
Universidade Franciscana - UFN



LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Recursos materiais utilizados na assistência às urgências e emergências obstétricas às mulheres indígenas no distrito sanitário especial indígena.

Quadro 02: Prioridade Clínica.

Quadro 03: Urgências e Emergências Obstétricas por Trimestre Gestacional.

Quadro 04: Tipos de transporte utilizados na remoção da população indígena em situações de urgência e emergência obstétrica no contexto amazônico.





LISTAR DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Deveres éticos do enfermeiro em situação de urgência e emergência obstétrica no contexto indígena.

Figura 02: Atendimento à gestante.

Figura 03: Distocias fetais.

Figura 04: Oligodrâmnio.

Figura 05: Deslocamento Prévio da placenta.

Figura 06: Prolapso do cordão umbilical.

Figura 07: Placenta retida.

Fluxograma 01: Fluxograma de primeiros atendimentos.

Fluxograma 02: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem a mulher indígena em Trabalho de parto prematuro.

Fluxograma 03: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Doença hipertensiva especificada da gestação (DHEG).

Fluxograma 04: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Distocias fetais e do trajeto.

Fluxograma 05: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Oligodrâmnio.

Fluxograma 06: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Infecção puerperal.

Fluxograma 07: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Trauma Obstétrico.

Fluxograma 08: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Hemorragias pós parto (HPP).

Fluxograma 09: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Descolamento Prévio da Placenta (DPP)

Fluxograma 10: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Prolapso do cordão umbilical.

Fluxograma 11: Fluxograma de Atendimento de Enfermagem em Placenta Retida ou Acretismo Placentário.





SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVOS.....	15
PÚBLICO-ALVO	16
TRILHA METODOLÓGICA DO PROTOCOLO	17
DEFINIÇÕES CONCEITUAIS.....	19
ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE DA MULHER INDÍGENA NO DSEI MANAUS.....	22
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ENFERMAGEM	26
PROCEDIMENTOS GERAIS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	29
ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	31
RECURSOS MATERIAIS	34
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO	35
PRINCÍPIOS TRANSCULTURAIS ORIENTADORES (LEININGER)	39
PASSO A PASSO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO	40
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	44
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS NO DSEI-MAO	45
SITUAÇÕES DE URGÊNCIA	47
SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS	51
PRIORIDADES CLÍNICAS	54
PROCESSO DE ENFERMAGEM INTEGRADO ÀS INTERVENÇÕES NIC E À TEORIA DO CUIDADO CULTURAL ..	60
FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICAS	68
FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICAS	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXO	84





INTRODUÇÃO

A atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil resulta de um processo histórico de reconhecimento de direitos e de formulação de políticas específicas, consolidado com a Constituição Federal de 1988, que assegura o respeito às formas próprias de organização social, às línguas e às práticas tradicionais (BRASIL, 1988). Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), estruturado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), com o propósito de garantir acesso universal e diferenciado ao SUS (BRASIL, 2000).

De acordo com o Censo Demográfico de 2022, a população indígena brasileira alcançou aproximadamente 1,7 milhão de pessoas, sendo 49% mulheres, com maior concentração nas regiões Norte e Centro-Oeste. O estado do Amazonas abriga a maior população indígena do país (490,9 mil), destacando-se os municípios de Manaus (71,7 mil), São Gabriel da Cachoeira (48,3 mil) e Tabatinga (34,5 mil) (IBGE, 2022).

Apesar dos avanços institucionais e normativos, as injustiças reprodutivas persistem como uma das expressões mais agudas das desigualdades em saúde, especialmente entre mulheres indígenas. Nas regiões amazônicas, o acesso à atenção obstétrica é frequentemente limitado por barreiras geográficas, escassez de transporte sanitário, deficiências de recursos humanos e baixa cobertura de pré-natal (PAIVA et al., 2017).

Nesse cenário, as urgências e emergências obstétricas configuram importantes causas de morbimortalidade materna e neonatal, exigindo respostas rápidas, sensíveis e culturalmente adequadas, com destaque para o papel do enfermeiro na linha de frente do primeiro atendimento e da estabilização clínica (BRASIL, 2017).

Entre 2015 e 2021, o Brasil registrou 13.023 mortes maternas, das quais 205 eram de mulheres indígenas (1,6%). A razão de mortalidade materna entre indígenas foi de 115,14 por 100 mil nascidos vivos, quase o dobro da observada entre não



indígenas (66,92) (GARRAFA et al., 2024). Esses dados evidenciam profundas desigualdades étnico-raciais e o distanciamento da meta estabelecida pela ONU de menos de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030 (OMS, 2022).

Os achados do estudo realizado por Garrafa et al. (2024) identificaram a hemorragia pós-parto como a principal causa de morte entre mulheres indígenas, diferindo da população geral, em que prevalecem as síndromes hipertensivas. Essa diferença evidencia a vulnerabilidade dos territórios indígenas diante de urgências obstétricas evitáveis, relacionadas a falhas no manejo clínico e à ausência de protocolos padronizados. Hemorragia e eclâmpsia são agravos preveníveis mediante vigilância obstétrica qualificada e atuação oportuna da equipe de enfermagem (REZENDE, 2006; BRASIL, 2012).

Conforme o Ministério da Saúde (2017), urgência obstétrica é qualquer intercorrência que ameaça o bem-estar materno ou fetal e exige atendimento rápido, enquanto emergência obstétrica caracteriza-se pelo risco iminente de morte, demandando intervenção imediata. Entre as principais causas destacam-se hemorragia pós-parto, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, sepse puerperal e parto prematuro (REZENDE, 2006), os quais exigem respostas céleres e decisões baseadas em evidências por toda a equipe de saúde.

Nos territórios indígenas, o cuidado obstétrico está estruturado em dois níveis complementares: as unidades locais nas aldeias, responsáveis pelo acompanhamento pré-natal e pelos partos tradicionais; e os Polos-Base, encarregados do primeiro atendimento, estabilização e comunicação com a rede de referência (BRASIL, 2018). No entanto, como observado nos serviços dos DSEIs, a insuficiência estrutural e a carência de recursos humanos especializados levam à necessidade frequente de transferências de gestantes, o que amplia riscos e fragiliza a integralidade do cuidado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o eixo do modelo indígena, com equipes multidisciplinares que articulam saberes tradicionais e biomédicos (BRASIL, 2002b). O subsistema indígena conta com cerca de 5.774 profissionais, sendo 4.350 da área de enfermagem, principal força de trabalho nos territórios e responsável pelo vínculo diário com as comunidades (BRASIL, 2019; MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ, 2023).

A enfermagem, portanto, representa a principal força de trabalho nos territórios, realizando o maior número de atendimentos



e sustentando o vínculo cotidiano com as comunidades (BRASIL, 2019).

Diante desse contexto, a elaboração do Protocolo de Enfermagem para o Primeiro Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas em Territórios Indígenas tem como propósito padronizar condutas, qualificar o cuidado e reduzir riscos maternos e neonatais. O documento orienta a prática clínica do enfermeiro em situações de intercorrência obstétrica, assegurando respostas rápidas, seguras e culturalmente sensíveis, em consonância com os princípios da PNASPI e da atenção intercultural em saúde (BRASIL, 2018).

Além de oferecer diretrizes clínicas e operacionais, este protocolo valoriza os aspectos éticos e culturais do cuidado obstétrico indígena, reconhecendo a importância do idioma, das práticas tradicionais de parto e da participação comunitária. Fundamentado nas Resoluções COFEN nº 358/2009 e nº 736/2024, na Lei nº 7.498/1986 e em políticas nacionais, como a Rede Alyne, o protocolo também se alinha às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) — Saúde e Bem-Estar (ODS 3), Igualdade de Gênero (ODS 5) e Redução das Desigualdades (ODS 10).

Assim, constitui-se como um instrumento técnico, pedagógico e intercultural, que fortalece a autonomia do enfermeiro e contribui para a redução das desigualdades étnico-raciais em saúde, bem como para a promoção da equidade de gênero e da segurança materna e neonatal nos territórios indígenas.

2

OBJETIVOS

Geral

Garantir uma assistência de enfermagem fundamentada em evidências científicas e culturalmente competente no primeiro atendimento às mulheres indígenas em situações de urgência e emergência obstétrica, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus.

Específicos

- Estabelecer intervenções de enfermagem padronizadas para o atendimento de urgências e emergências obstétricas em mulheres indígenas no DSEI;
- Promover a educação permanente da equipe de enfermagem, capacitando-a para a tomada de decisão rápida e segura em situações de urgência e emergência obstétrica;
- Facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, garantindo que as informações sobre o estado materno sejam registradas e compartilhadas de forma adequada;
- Instrumentalizar a equipe de enfermagem para o reconhecimento precoce de sinais e sintomas de complicações obstétricas, possibilitando intervenções eficazes e oportunas; e
- Garantir um atendimento de enfermagem culturalmente sensível, respeitando as práticas e os valores tradicionais das mulheres indígenas.



PÚBLICO-ALVO

O presente protocolo destina-se às enfermeiras e aos enfermeiros que atuam diretamente na assistência a mulheres indígenas em situações de urgência e emergência obstétrica, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Este protocolo insere-se no campo da pesquisa qualitativa de caráter exploratório, fundamentada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger (2002). Essa abordagem metodológica foi escolhida por possibilitar a integração entre a produção científica e a prática assistencial, favorecendo transformações concretas no cuidado de enfermagem às mulheres indígenas em situação de urgência e emergência obstétrica (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014; 2023).

A PCA, concebida como um movimento dialógico entre o fazer e o pensar em enfermagem, estrutura-se em seis fases interdependentes: concepção, instrumentação, perscrutação, análise, interpretação e recondução, que se desenvolveram de forma articulada ao longo da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2023).

Na fase de concepção, delinearam-se o objeto de estudo e a questão norteadora: “Quais cuidados de enfermagem são necessários para construir e validar um protocolo participativo de atendimento às urgências e emergências obstétricas em mulheres indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Manaus?”. Essa etapa emergiu da prática profissional da pesquisadora e de diálogos com enfermeiros atuantes no território, reafirmando o princípio da PCA de que o conhecimento deve nascer da realidade assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2023).

A fase de instrumentação compreendeu a definição do cenário e dos participantes. O estudo foi realizado no DSEI Manaus, que abrange 19 municípios, 268 aldeias e 35 etnias, configurando um território complexo e multicultural (SESAI, 2025). Participaram 15 enfermeiros com experiência mínima de seis meses na atenção às mulheres indígenas. Utilizaram-se como instrumentos entrevistas semiestruturadas, grupos de convergência e observação participante, técnicas que possibilitaram a interação dialógica e a construção coletiva do conhecimento (MINAYO, 2021).

Durante a fase de perscrutação, a pesquisadora inseriu-



se no campo assistencial, promovendo escutas qualificadas e rodas de conversa que revelaram desafios técnicos, estruturais e culturais no manejo de urgências obstétricas. As discussões foram conduzidas sob os pressupostos da TDUCC, valorizando o cuidado culturalmente competente, que preserva, negocia e reestrutura práticas tradicionais segundo sua relevância e segurança (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Na análise dos dados, as entrevistas foram transcritas, organizadas e tratadas por meio da análise temática de conteúdo (BRAUN; CLARKE, 2006), apoiada pelo software IRaMuTeQ, que auxiliou na identificação de categorias empíricas e lexicais. As categorias emergentes foram reinterpretadas à luz da Teoria Transcultural de Leininger, produzindo uma compreensão ampliada do cuidado obstétrico em contextos interculturais (RAMOS et al., 2021).

A fase de interpretação possibilitou a síntese teórica e prática dos achados, evidenciando a importância de incorporar os saberes tradicionais e as cosmovisões indígenas na formulação de protocolos clínicos. Essa etapa reafirmou o papel da enfermagem como mediadora entre o conhecimento científico e os sistemas de cuidado culturalmente competente (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Por fim, a fase de recondução consistiu no retorno ao campo e na validação participativa dos resultados junto aos enfermeiros do DSEI Manaus. Os achados foram discutidos coletivamente em oficinas, resultando na elaboração e validação do Protocolo de Enfermagem, cuja pertinência técnica e cultural foi confirmada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (LYNN, 1986). Esse processo culminou em um produto aplicável, sensível às especificidades étnicas e geográficas do contexto amazônico e potencialmente replicável em outros Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A trajetória metodológica, assim delineada, expressa o compromisso ético e científico da enfermagem em promover um cuidado humanizado, equitativo e culturalmente competente, articulando os princípios da Pesquisa Convergente Assistencial com a Teoria Transcultural do Cuidado, de modo a contribuir para a qualificação da atenção à saúde das mulheres indígenas em situações de urgência e emergência obstétrica.

5

DEFINIÇÕES CONCEITUAIS

A compreensão conceitual dos termos descritos a seguir é fundamental para a organização de um cuidado seguro e padronizado nos serviços de saúde, especialmente em territórios indígenas, onde persistem desafios geográficos, logísticos e culturais. A definição clara desses conceitos orienta o trabalho das equipes de enfermagem, padroniza condutas e fortalece a resposta oportuna às intercorrências, particularmente no contexto das urgências e emergências obstétricas nos territórios indígenas do DSEI Manaus.

Urgência

Situação clínica que requer atendimento rápido, mas não imediato, pois não há risco iminente de morte, embora possa evoluir para complicações graves se não tratada precocemente (Brasil. 2013).

Emergência

Situação clínica crítica que requer atendimento imediato, pois há risco iminente de morte ou de comprometimento de funções vitais, exigindo intervenção rápida e eficaz para preservar a vida e reduzir complicações graves (BRASIL, 2013).

Urgências e Emergência obstétricas

As urgências obstétricas constituem um dos principais desafios para os sistemas de saúde em todo o mundo, demandando intervenções rápidas, precisas e coordenadas para preservar a vida



da gestante e do feto. Situações como hemorragias, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, ruptura uterina, trabalho de parto prematuro e distocia de ombro, entre outras, configuram emergências médicas de alta complexidade que exigem respostas estruturadas e padronizadas (SILVA et al., 2025).

Atendimento pré-hospitalar (APH)

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influenciar positivamente as taxas de morbidade e mortalidade por trauma ou violências. O atendimento pré-hospitalar corresponde a toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando os meios e métodos disponíveis. Esse tipo de atendimento pode variar desde um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, onde houver pessoas traumatizadas, visando à manutenção da vida e à minimização de sequelas (ADÃO; SANTOS, 2012).

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, com o objetivo de organizar e integrar os serviços de saúde que prestam assistência em situações de urgência e emergência. Essa rede visa garantir à população um atendimento oportuno, integral, regionalizado e resolutivo (BRASIL, 2011).

Obstetrícia

A obstetrícia é a especialidade da área da saúde responsável pelo estudo, acompanhamento e cuidado da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, bem como pela assistência ao recém-nascido. Seu objetivo é promover a saúde materna e



neonatal, prevenir complicações e intervir de forma segura em situações de risco, garantindo um processo reprodutivo saudável (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Suporte básico de vida materno e neonatal

Refere-se ao conjunto de condutas imediatas realizadas pela equipe de enfermagem diante de uma parada cardiorrespiratória em gestantes ou puerperas. Envolve o reconhecimento rápido da ausência de consciência, respiração e pulso; o início imediato da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com compressões torácicas de alta qualidade; a manutenção da oxigenação e da circulação; além de medidas específicas para gestantes, como o deslocamento manual do útero para a esquerda, a fim de reduzir a compressão da veia cava. No protocolo, esse manejo assegura padronização e agilidade, aumentando as chances de sobrevida materna e fetal (BRASIL, 2014).

Reanimação neonatal básica

Compreende as ações iniciais realizadas no momento do nascimento quando o recém-nascido apresenta dificuldade respiratória ou sinais de instabilidade. Essas ações incluem garantir o aquecimento, posicionar adequadamente o neonato, realizar a aspiração das vias aéreas somente quando necessário, avaliar a respiração e a frequência cardíaca, além de aplicar estímulo tátil suave. Quando indicado, procede-se à ventilação com pressão positiva por máscara e bolsa. No protocolo, a reanimação neonatal básica assegura que a equipe de enfermagem atue de forma sistemática e eficaz, reduzindo o risco de hipóxia e mortalidade neonatal em populações indígenas no contexto amazônico (WYCKOFF, 2020).



ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE DA MULHER INDÍGENA NO DSEI MANAUS

A organização da atenção à saúde da mulher indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Manaus constitui-se em um modelo de cuidado que articula ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância, em consonância com as diretrizes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e do Ministério da Saúde (MS). O atendimento é estruturado a partir das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam diretamente nas Aldeias, Polos-Base e Casas de Saúde do Índio (CASAI), respeitando a interculturalidade, a territorialidade e os saberes tradicionais dos povos indígenas.

Segundo a Nota Técnica nº 24/2025-MAO/DIASI/MAO/DSEI/SESAI/MS, o cuidado à mulher indígena no ciclo gravídico-puerperal deve ser orientado pela Assistência Integral ao Pré-Natal, com ênfase na detecção precoce de agravos, na garantia de vínculo com a equipe de referência e na continuidade da assistência em todos os níveis de atenção. Essa nota técnica estabelece diretrizes operacionais para o registro, acompanhamento e monitoramento do pré-natal, contemplando instrumentos padronizados de coleta de dados, como a Ficha de Atendimento do Pré-Natal Indígena. Além disso, reforça a importância do trabalho colaborativo entre profissionais de enfermagem, médicos e Agentes Indígenas de Saúde (AIS), assegurando comunicação efetiva entre os territórios indígenas e a rede de referência nos municípios ou em Manaus, capital do Estado do Amazonas.

A Nota Técnica nº 29/2025-MAO/DIASI/MAO/DSEI/SESAI/MS, por sua vez, consolida as orientações sobre a execução, acompanhamento e monitoramento do Programa de Saúde da Mulher no DSEI Manaus, com foco nos eixos estratégicos de planejamento familiar, rastreamento de câncer de colo do útero e de mama, atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Essa nota enfatiza a necessidade de atualização periódica dos indicadores de saúde, do fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência e do registro sistemático das ações desenvolvidas pelas EMSI. Ademais, destaca a relevância da qualificação permanente dos profissionais

de enfermagem, especialmente daqueles envolvidos no primeiro atendimento às urgências e emergências obstétricas em territórios remotos.

Estrutura Organizacional e Fluxos Assistenciais

A organização dos serviços de saúde no DSEI Manaus segue o modelo de atenção diferenciada, estruturado em três níveis de atenção:

1 NIVEL -> Local (Aldeia e Polo-Base)

Onde atuam as EMSI, com destaque para o enfermeiro como referência técnica e assistencial no manejo inicial das intercorrências obstétricas e no acompanhamento do pré-natal. O enfermeiro deve realizar a avaliação clínica e de risco, estabilizar a paciente em situações de urgência e acionar os fluxos de evacuação conforme protocolos estabelecidos.

2 NIVEL -> Intermediário (CASAI)

Responsável pelo acolhimento, observação e continuidade dos cuidados à gestante indígena que necessita monitoramento em ambiente semi-hospitalar, articulando-se com a rede de atenção secundária.

2 NIVEL -> Referência hospitalar

Composto pelos serviços municipais e estaduais conveniados ao DSEI, aptos ao atendimento de parto de risco habitual e de alto risco, conforme pactuações interinstitucionais.

Os fluxos de atendimento são orientados pelos princípios de respeito à cultura indígena, humanização da assistência, garantia dos direitos reprodutivos e equidade de acesso. O enfermeiro desempenha papel central na organização da linha de cuidado obstétrica indígena, coordenando as ações de vigilância da



gestação, detecção precoce de complicações — como hipertensão gestacional e hemorragias — e condução inicial de emergências obstétricas até a chegada do suporte especializado.

Indicadores de Saúde da Mulher Indígena no DSEI Manaus

Com base nos relatórios de acompanhamento da SESAI (2024–2025), destacam-se os seguintes indicadores de saúde da mulher indígena no DSEI Manaus:

Cobertura de pré-natal adequado (mínimo de seis consultas)

68% com tendência de aumento nas áreas de difícil acesso.

Taxa de parto hospitalar:

74% indicando avanços na articulação com os serviços de referência.

Razão de mortalidade materna estimada:

85/1000.000 nascidos vivos, com predominância de causas evitáveis associadas à hipertensão e a hemorragias.

Cobertura de citopatológico de colo do útero:

55% ainda abaixo da meta preconizada de 70%.



Cobertura de pré-natal adequado (mínimo de seis consultas)

62%

com ampliação da oferta de métodos reversíveis e fortalecimento das atividades educativas conduzidas por enfermeiros e AIS.

Esses indicadores subsidiam o monitoramento das ações programáticas e o aprimoramento da resposta assistencial às urgências e emergências obstétricas, garantindo que o protocolo de enfermagem seja efetivo e contextualizado às realidades dos territórios indígenas amazônicos.



ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ENFERMAGEM

A atuação da Enfermagem nas urgências e emergências obstétricas em territórios indígenas está fundamentada em um conjunto robusto de princípios éticos, dispositivos legais e normativas profissionais que orientam uma prática clínica segura, culturalmente sensível e alinhada às diretrizes da Atenção Primária à Saúde Indígena. No âmbito do DSEI Manaus, esses fundamentos constituem elemento estruturante para a implementação deste Protocolo de Enfermagem para o Primeiro Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas, assegurando que as decisões clínicas adotadas pelas equipes de enfermagem estejam em conformidade com a legislação vigente, com os direitos das gestantes e com os valores socioculturais dos povos indígenas.

A Lei nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, estabelece como competências do enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, o cuidado direto a pacientes graves e a execução de ações de alta complexidade técnica que exigem tomada de decisão imediata, o que inclui, de forma direta, a assistência em urgências e emergências obstétricas. A legislação prevê ainda que o enfermeiro pode prescrever medicamentos previstos em programas de saúde pública, prestar assistência à gestante, parturiente e puérpera, acompanhar a evolução do trabalho de parto e executar o parto sem distocia. Para enfermeiros especialistas em obstetrícia, acrescentam-se atribuições como a condução do parto normal, a identificação de distocias, a adoção de medidas em situações críticas até a chegada do médico, além da realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local.

Essas prerrogativas são reforçadas por normativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), especialmente a Resolução COFEN 311/2007 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), a Resolução 223/1999 (atuação no ciclo gravídico-puerperal), a Resolução 339/2008 (atuação em Centros de Parto Normal), a Resolução 381/2011 (coleta citopatológica) e a Resolução 439/2012 (registro do título de especialista), além de diretrizes

ministeriais como a Portaria GM/MS nº 2.815/1998 e a Portaria SAS nº 743/2005. Em conjunto, esses instrumentos reafirmam que o enfermeiro obstetra possui respaldo legal e ético para atuar de forma autônoma, segura e tecnicamente embasada no manejo das intercorrências que antecedem a evacuação sanitária.

No contexto indígena, tais competências assumem dimensão ampliada, exigindo a integração entre princípios éticos — autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, dignidade e responsabilidade profissional — e as particularidades culturais, linguísticas e territoriais dos povos atendidos. A prática obstétrica em territórios indígenas deve, portanto, articular rigor técnico, respeito aos saberes tradicionais, diálogo intercultural e tomada de decisão ética em cenários de risco, conforme os fundamentos da Teoria Transcultural de Leininger e os princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Assim, o atendimento inicial às urgências e emergências obstétricas conduzido pela enfermagem no DSEI Manaus deve estar pautado na segurança clínica, no respeito cultural e no compromisso ético com a vida, a saúde e os direitos das gestantes indígenas.

Figura 01: Deveres éticos do enfermeiro em situação de urgência e emergência obstétrica no contexto indígena. Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Dever Ético	Fundamento Legal/ Normativo	Implicação na Prática Clínica no DSEI Manaus
Respeitar a dignidade, autonomia e direitos da gestante	Código de Ética (COFEN 311/2007); PNASPI	Garantir decisão informada; considerar práticas culturais; preservar privacidade e consentimento.
Atuar com competência técnica e responsabilidade profissional	Lei 7.498/86; Decreto 94.406/87	Avaliar risco, identificar urgências, atuar prontamente nas emergências obstétricas.
Realizar assistência ao parto normal e manejar intercorrências sem distocia	Lei 7.498/86; Decreto 94.406/87; OMS	Conduzir trabalho de parto fisiológico e intervir de forma segura quando necessário.
Identificar distocias e tomar providências imediatas	Decreto 94.406/87, Art. 9º	Estabilizar a gestante, iniciar condutas de emergência e organizar evacuação sanitária.

Dever Ético	Fundamento Legal/ Normativo	Implicação na Prática Clínica no DSEI Manaus
Prescrever medicamentos previstos em programas e rotinas institucionais	Lei 7.498/86, Art. 11	Administrar fármacos essenciais conforme protocolos SESAI/MS.
Prevenir danos e garantir segurança clínica	Código de Ética (não maleficência); Portarias MS	Adotar condutas baseadas em evidências e reduzir riscos materno-infantis.
Registrar com precisão e clareza todas as ações realizadas	Código de Ética; legislação profissional	Assegurar rastreabilidade, comunicabilidade e respaldo legal.
Atuar de forma culturalmente sensível e congruente	Teoria Transcultural de Leininger; PNASPI	Integrar saberes tradicionais, dialogar com parteiras e lideranças, evitar imposições culturais.
Promover humanização e acolhimento respeitoso	Política Nacional de Humanização (PNH); OMS	Garantir cuidado compassivo, comunicação adequada e redução de violências obstétricas.
Atuar em equipe de forma colaborativa e ética	Código de Ética; PNASPI	Respeitar atribuições, comunicar riscos, garantir continuidade do cuidado.

O acolhimento inicial, guiado pelo protocolo fundamentado na Teoria da Transculturalidade do Cuidado de Leininger, assegura que a assistência de enfermagem seja organizada, padronizada e culturalmente sensível, contemplando tanto a segurança clínica quanto os valores, crenças e práticas culturais da mulher indígena.

A escuta qualificada e o respeito cultural promovem um ambiente de confiança, permitindo que a gestante e sua comunidade se sintam compreendidas e respeitadas, favorecendo a adesão às condutas propostas e possibilitando a integração de saberes tradicionais à prática clínica.

A identificação rápida de sinais de risco materno e fetal, apoiada pelo protocolo, incorpora a observação de comportamentos, expressões e manifestações culturais que possam influenciar a percepção de sinais clínicos, permitindo uma avaliação ágil, eficaz e culturalmente congruente — aspecto essencial em situações de urgência e emergência.

A classificação de risco obstétrico deve considerar não apenas os critérios clínicos definidos no protocolo, mas também fatores socioculturais, de modo a priorizar casos graves e orientar os fluxos de cuidado sem desrespeitar a cultura, os costumes e a participação familiar ou comunitária.

O protocolo orienta a realização de uma anamnese dirigida, permitindo coletar dados relevantes sobre antecedentes obstétricos e sobre a condição atual da gestante, bem como informações acerca de práticas culturais, crenças, hábitos e preferências que possam interferir na condução do atendimento.

Durante o exame físico obstétrico, a avaliação clínica deve ser realizada com sensibilidade intercultural, considerando a aceitação da paciente em relação aos procedimentos, às posições de parto e à presença de acompanhantes tradicionais. Essa abordagem favorece o reconhecimento precoce de alterações que indiquem necessidade de intervenção imediata.

O protocolo também orienta a identificação rápida de sinais de alerta — como hemorragia, hipertensão grave, convulsões, dor



abdominal intensa, febre ou alterações dos batimentos cardíacos fetais — garantindo que a resposta da equipe de enfermagem seja eficaz, segura e culturalmente adequada, integrando práticas tradicionais pertinentes às recomendações clínicas.

9

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Atribuição do Enfermeiro (a)

A atuação do(a) enfermeiro(a) no âmbito do DSEI, na assistência à urgência e emergência obstétrica, engloba as práticas já reconhecidas para o Suporte Básico de Vida (SBV) nos agravos de origem clínica, traumática, cirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica e outros, ao longo de todo o ciclo vital. No gerenciamento da assistência de urgência e emergência obstétrica, o trabalho do(a) enfermeiro(a) envolve atividades de coordenação, supervisão e execução de cuidados imediatos às mulheres indígenas, considerando tanto suas especificidades culturais quanto as demandas e desafios do contexto amazônico. Nesse sentido, compete ao(a) enfermeiro(a):

- Realizar o primeiro atendimento obstétrico de urgência e emergência, identificando rapidamente sinais e sintomas de risco materno e fetal, assegurando intervenções precoces, eficazes e culturalmente sensíveis;
- Coordenar e liderar a equipe de enfermagem durante situações críticas, garantindo a execução segura, organizada e oportuna das ações de cuidado;
- Supervisionar, orientar e avaliar as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, promovendo a adoção de protocolos assistenciais padronizados, alinhados à cultura indígena e aos princípios de segurança e qualidade da assistência;
- Gerenciar recursos materiais, medicamentos e equipamentos, assegurando a disponibilidade de insumos essenciais para o atendimento de urgências e emergências obstétricas;
- Organizar e cumprir escalas de plantão e arranjos de cobertura



assistencial, garantindo atendimento contínuo (24 horas) às mulheres indígenas em situação de risco obstétrico;

- Participar da elaboração, implementação e atualização de protocolos e diretrizes assistenciais, contribuindo para a padronização das condutas de enfermagem e o alinhamento às normativas do DSEI, da SESAI e do Ministério da Saúde;
- Promover ações de educação permanente e capacitação da equipe, abordando aspectos técnicos, éticos e interculturais voltados ao atendimento de urgência e emergência obstétrica;
- Monitorar e analisar indicadores de qualidade da assistência, registrando e avaliando dados referentes ao atendimento obstétrico, de modo a subsidiar o aprimoramento contínuo do cuidado; e
- Assegurar a execução do Processo de Enfermagem, conforme a legislação e as normativas vigentes, garantindo cuidado humanizado, ético, seguro e culturalmente competente às mulheres indígenas em situação de urgência ou emergência obstétrica.

Atribuição do Técnico de Enfermagem

A atuação do Técnico de Enfermagem na assistência à urgência e emergência obstétrica no âmbito do DSEI compreende práticas assistenciais reconhecidas no Suporte Básico de Vida (SBV) aplicadas aos agravos de origem clínica, traumática, cirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica e outros, ao longo de todo o ciclo vital. Nesse contexto, compete ao Técnico de Enfermagem na assistência pré-hospitalar no DSEI:

- Prestar cuidados de enfermagem previstos para a modalidade de Suporte Básico de Vida (SBV), excetuando-se os procedimentos de maior complexidade técnica e/ou destinados a pacientes graves com risco de morte, cuja execução exige conhecimentos científicos específicos e capacidade de tomada de decisão imediata, atribuídos exclusivamente ao enfermeiro;

- 
- Integrar a equipe de Suporte Básico de Vida juntamente com o enfermeiro nos encaminhamentos de pacientes indígenas do DSEI;
 - Compor equipe com o enfermeiro do DSEI na ausência do profissional médico, de modo a assegurar assistência segura tanto aos usuários quanto aos profissionais envolvidos no atendimento;
 - Participar dos programas de capacitação em urgências, especialmente nas ações de educação permanente promovidas pelo DSEI;
 - Participar do Processo de Enfermagem no que lhe couber, conforme a legislação vigente;
 - Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência realizados nas comunidades indígenas e nas unidades de referência do DSEI;
 - Receber do enfermeiro a programação de acompanhamento de pacientes indígenas para atendimento na rede de urgência e emergência do SUS;
 - Registrar, em ficha específica, as ocorrências verificadas no traslado, embarque e desembarque dos pacientes indígenas encaminhados aos serviços de urgência, bem como a admissão destes em unidades de pronto atendimento, repassando as informações ao enfermeiro plantonista e aos setores competentes;
 - Acompanhar pacientes indígenas nos serviços de urgência e emergência da rede SUS, permanecendo na unidade até a definição da conduta médica;
 - Zelar pelos materiais e equipamentos utilizados durante a condução do paciente indígena ao serviço de urgência, responsabilizando-se por sua conservação e uso adequado.

Parágrafo Único: As atribuições inerentes às parteiras não serão abordadas no presente protocolo, uma vez que sua atuação não integra o escopo normativo e operacional definido neste documento.

10

RECURSOS MATERIAIS

Quadro 01: Recursos materiais utilizados na assistência às urgências e emergências obstétricas às mulheres indígenas no distrito sanitário especial indígena. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Categoria	Itens
Polo de saúde	1- Mesa; Cadeiras (também para o acompanhante); 2- Mesa de exame ginecológico; Escada de dois degraus; 3- Foco de luz; Mesa de apoio para materiais; e 4- Forro para mesa ginecológica.
Instrumentos de avaliação	1- Balança para adultos (peso/altura); 2- Esfigmomanômetro; 3- Estetoscópio clínico; Sonar Doppler; 4- Fita métrica flexível e inelástica; 5- Termômetro; e 6- Oxímetro adulto e neonatal.
Materiais de uso clínico	1- Luvas estéreis e de procedimento; 2- Espéculos; Pinças de Cheron; 3- Gazes e gaze estéril; 4- Lubrificantes; e 5- Material para coleta de exame citológico e realização do teste de Schiller.
Documentação e Registros	1- Prontuário de atendimento; 2- Receituário; e 3- Caderneta da Criança.
Outros equipamentos	1- Balança adulto e neonatal; 2- Estetoscópio infantil; Esfigmomanômetro; e 3- Material de apoio para exame ginecológico.

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO

A organização do processo de trabalho no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é norteadada pela Nota Técnica nº 17/2028 – DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, que estabelece cinco Núcleos de atuação:

- Núcleo 1: responsável pela análise da situação de saúde e pela identificação de riscos e vulnerabilidades;
 - Núcleo 2: voltado ao planejamento, à gestão do trabalho e à educação permanente;
 - Núcleo 3: direcionado à saúde das mulheres e das crianças e ao fortalecimento das linhas de cuidado materno-infantil;
 - Núcleo 4: orientado à promoção da saúde e ao estímulo de práticas culturais e comunitárias de bem-estar; e
 - Núcleo 5: dedicado à prevenção e controle de doenças e agravos, com ênfase na vigilância e na mitigação de riscos.
- A articulação entre esses núcleos é essencial para a efetiva implantação deste Protocolo.

A implantação do Protocolo constitui uma estratégia fundamental para a redução da morbimortalidade materna e neonatal nos territórios indígenas do Amazonas. Considerando a diversidade cultural, territorial e linguística das etnias atendidas, este plano adota como eixo integrador a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, que enfatiza o cuidado culturalmente congruente, baseado nos princípios de respeito, negociação cultural, preservação de práticas tradicionais e adaptação dos cuidados biomédicos à realidade sociocultural dos povos indígenas.

A seguir, apresentam-se as responsabilidades específicas de cada Núcleo:

Núcleo 1 – Análise da Situação de Saúde

- Realizar diagnóstico situacional das comunidades atendidas pelo DSEI Manaus, identificando padrões de morbimortalidade materna e neonatal, barreiras geográficas e culturais ao acesso e



condições logísticas de transporte.

- Mapear a capacidade de resposta das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), considerando infraestrutura, disponibilidade de insumos, comunicação e vias de remoção das gestantes;
- Avaliar riscos e vulnerabilidades relacionadas à saúde sexual, reprodutiva e obstétrica das mulheres indígenas, considerando ciclos de vida, itinerários terapêuticos e práticas culturais; e
- Produzir relatórios analíticos que orientem a priorização de recursos, o planejamento de ações educativas e a integração entre equipes, coordenação do DSEI e SESAI.

Núcleo 2 - Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação Permanente

- Elaborar, em conjunto com o DSEI, o plano de implantação do protocolo, com cronograma, definição de responsabilidades e distribuição de recursos;
- Organizar fluxos assistenciais para o primeiro atendimento, estabilização e remoção de emergências obstétricas, alinhando procedimentos entre Base, Polos Base e EMSI;
- Promover processos de educação permanente com formação teórico-prática sobre reconhecimento de complicações obstétricas, manejo inicial, comunicação em situações críticas e respeito aos saberes tradicionais;
- Redefinir atribuições profissionais, garantindo clareza de papéis e respaldo institucional para a prática ampliada da enfermagem em emergências, conforme a legislação vigente;
- Monitorar a qualidade da execução do protocolo por meio de supervisões técnicas, avaliação de desempenho e auditorias de prontuários.

Núcleo 3 – Saúde das Mulheres e das Crianças

- Coordenar ações integradas de pré-natal, parto e puerpério, garantindo vigilância contínua de gestantes de risco habitual e alto risco nas comunidades;
- Desenvolver ações educativas para mulheres indígenas, famílias e lideranças sobre sinais de alerta obstétricos e a importância do acesso precoce à assistência;
- Articular o protocolo de urgência com as rotinas da linha de cuidado materno-infantil, evitando descontinuidades no atendimento;
- Implementar estratégias culturalmente adequadas para acompanhamento de mulheres em maior vulnerabilidade, como gestações precoces, multiparidade de risco ou isolamento geográfico; e
- Apoiar a qualificação dos registros obstétricos no SIASI, fundamentais para vigilância e avaliação dos impactos do protocolo.

Núcleo 4 – Promoção da Saúde

- Desenvolver ações de promoção da saúde voltadas à maternidade segura, ao cuidado compartilhado e ao fortalecimento das redes de apoio das mulheres nas aldeias;
- Articular atividades com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), ampliando a comunicação comunitária sobre prevenção de agravos;
- Produzir materiais educativos bilíngues, quando pertinente, valorizando conhecimentos tradicionais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal; e
- Fomentar ambientes saudáveis que reduzam fatores de risco, como alimentação inadequada, sobrecarga de trabalho durante a gestação ou exposição à violência.

Núcleo 5 – Prevenção e Controle de Doenças e Agravos

- Realizar vigilância epidemiológica ativa de agravos obstétricos, como hipertensão gestacional, hemorragias, infecções puerperais



e condições clínicas que possam complicar o parto;

- Regular o abastecimento e a manutenção de medicamentos, materiais e equipamentos emergenciais, garantindo disponibilidade contínua;
- Estruturar linhas de cuidado para a prevenção de agravos que possam evoluir para emergências obstétricas, como anemia, desnutrição, malária, ISTs e doenças crônicas;
- Participar da análise de casos graves ou óbitos maternos e neonatais, promovendo discussões técnicas e elaborando planos de ação corretivos; e
- Integrar ações de vigilância com sistemas externos, quando necessário, garantindo fluxo de informações entre DSEI, municípios e serviços de referência.

A implantação será guiada pelos seguintes pilares da Teoria do Cuidado Transcultural:

Preservação e Manutenção Cultural

- Respeitar as práticas tradicionais de cuidado à gestante e à parturiente, sempre que forem clinicamente seguras; e
- Integrar as parteiras indígenas, quando presentes, aos fluxos de vigilância, comunicação de sinais de alerta e apoio às etapas do cuidado.

Acomodação e Negociação Cultural

- Construir acordos com lideranças, parteiras e famílias acerca de práticas que necessitem de ajustes para garantir a segurança obstétrica; e
- Negociar os procedimentos biomédicos de forma sensível, clara e dialogada, assegurando compreensão e respeito mútuo.

Redesenho ou Reestruturação Cultural

- Introduzir práticas clínicas que substituam comportamentos potencialmente perigosos, sempre de forma não impositiva, respeitando a autonomia e os valores culturais da gestante e da comunidade.
- Adaptar as rotinas técnicas do protocolo aos contextos de difícil acesso, às limitações tecnológicas e às especificidades culturais, garantindo segurança e efetividade do cuidado.

**Fase 1: Mobilização e Alinhamento
Cultural (1º ao 2º mês)****Ações gerais:**

- Realizar reuniões intersetoriais com COIAB, lideranças, caciques, parteiras e agentes indígenas de saúde.
- Apresentar o protocolo em linguagem acessível, enfatizando sua compatibilidade com práticas tradicionais de cuidado.
- Conduzir rodas de conversa nas aldeias para escuta ativa e identificação de percepções culturais sobre gestação, parto e emergências

Articulação com os Núcleos:**Núcleo 1: Análise da Situação de Saúde**

- Realizar diagnóstico sociocultural e epidemiológico das comunidades, incluindo mapeamento de valores, crenças, práticas de parto, tabus e rituais.
- Identificar fatores de risco geográficos, culturais e estruturais.

Núcleo 4: Promoção da Saúde

- Elaborar materiais educativos bilíngues, utilizando arte indígena e narrativas locais.

Abordagem Transcultural:

- Preservar narrativas tradicionais sobre gestação e cuidado do corpo.
- Negociar práticas potencialmente inseguras durante o parto, propondo alternativas culturalmente aceitáveis.

Fase 2 – Planejamento Operacional e Adequação Institucional (2º ao 4º mês)

Ações gerais:

- Definir fluxos de atendimento emergencial, incluindo evacuação terrestre, fluvial e aeromédica.
- Adequar UBSI, CASAI e polos-base para estabilização inicial de emergências obstétricas.

Articulação com os Núcleos:

Núcleo 1: Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação Permanente

- Elaborar plano de capacitação das EMSI com simulações realísticas e estudos de casos transculturais.
- Estabelecer protocolos de comunicação entre AIS/parteiras e enfermeiros.
- Definir responsabilidades das equipes e ajustes contratuais, quando necessários.

Núcleo 5: Prevenção e Controle de Doenças e Agravos

- Garantir abastecimento de insumos críticos (ocitocina, misoprostol, sulfato de magnésio, soros e material de estabilização).
- Criar listas de verificação culturalmente adaptadas.

Abordagem Transcultural:

- Negociar com lideranças o uso de espaços tradicionais (como casas de parto indígena) como pontos de observação prévia.
- Ajustar fluxos respeitando rituais, presença familiar e padrões comunitários de tomada de decisão.

Fase 3 – Capacitação, Implementação e Testagem (4º ao 8º mês)

Ações gerais:

- Realizar capacitações práticas em campo para EMSI, AIS e parteiras.
- Aplicar o protocolo em situações reais, com supervisão técnica.

- Executar testes-piloto em comunidades de difícil acesso.

Articulação com os Núcleos:

Núcleo 3: Saúde das Mulheres e das Crianças

- Intensificar o pré-natal, a vigilância de sinais de alarme e o acompanhamento semanal de gestantes de risco.
- Integrar parteiras como agentes comunitárias do cuidado, fortalecendo o vínculo cultural.

Núcleo 4: Promoção da Saúde

- Realizar ações educativas participativas sobre sinais de urgência, utilizando metodologias tradicionais (contação de histórias, grafismos, cânticos).

Abordagem Transcultural:

- Respeitar a autonomia familiar nas decisões obstétricas, assegurando simultaneamente a segurança clínica.
- Facilitar práticas tradicionais seguras (banhos, infusões, massagens), ajustando-as quando houver risco clínico.

Fase 4 – Monitoramento, Avaliação e Ajustes Culturais (8º ao 12º mês)

Ações gerais:

- Avaliar indicadores de atendimento emergencial, tempo-resposta, casos estabilizados e evacuações.
- Realizar revisão trimestral com representantes indígenas para avaliar a adequação cultural do protocolo.

Articulação com os Núcleos:

Núcleo 5: Prevenção e Controle de Doenças e Agravos

- Analisar casos graves e óbitos maternos e neonatais, aplicando matriz transcultural para compreender fatores clínicos e culturais.

Núcleo 2: Gestão do Trabalho

- Ajustar carga de trabalho, logística e roteiros das EMSI conforme análise territorial.



Abordagem Transcultural:

- Aplicar as três modalidades de cuidado de Leininger.
- Preservar práticas tradicionais que fortalecem o cuidado.
- Negociar práticas compartilhadas de forma segura.
- Reestruturar condutas culturalmente significativas, porém inviáveis ou perigosas

Indicadores Clínicos

- Redução do tempo-resposta ao atendimento emergencial.
- Aumento da taxa de estabilização pré-evacuação.
- Redução de complicações como eclâmpsia, hemorragia e sepse.

Indicadores Transculturais

- Grau de aceitação comunitária do protocolo.
- Participação de parteiras e AIS no fluxo emergencial.
- Satisfação das mulheres e famílias indígenas.

Indicadores Operacionais

- Percentual de EMSI capacitadas.
- Disponibilidade de insumos críticos nos polos-base.
- Qualificação dos registros no SIASI.

A implantação do Protocolo, fundamentada na Teoria Transcultural de Leininger, assegura um cuidado que integra técnica, sensibilidade cultural e protagonismo indígena. A articulação entre os cinco Núcleos da organização da Atenção Primária, associada à escuta ativa e ao reconhecimento da diversidade étnica, potencializa a eficácia clínica e fortalece a autonomia dos povos indígenas na construção de práticas seguras, humanizadas e culturalmente congruentes.

**Principais situações de urgência e
emergência obstétrica**

As urgências e emergências obstétricas que ocorrem no atendimento inicial às mulheres indígenas nos territórios do DSEI Manaus exigem uma abordagem sensível, rápida e fundamentada em evidências clínicas. Além do conhecimento técnico, é essencial considerar as especificidades culturais, os limites estruturais do território indígenas e a necessidade de comunicação efetiva com a comunidade e a rede de referência localizadas nos municípios.

Os principais agravos obstétricos identificados nas áreas atendidas pelo DSEI estão descritos nos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2024–2026) e nas intervenções de enfermagem da NIC, que orientam o raciocínio clínico e a tomada de decisão diante de situações potencialmente ameaçadoras à vida materna e fetal. Essas classificações oferecem subsídios importantes para o reconhecimento precoce de sinais de alerta e para o manejo adequado nas primeiras horas de atendimento, até que seja possível garantir o encaminhamento seguro das mulheres indígenas.

Embora diferentes situações possam ocorrer no cotidiano das EMSI, para este protocolo foram selecionadas as dez condições obstétricas mais frequentes no DSEI-MAO, apontada pelos enfermeiros durante as entrevistas e nos grupos de convergência. A escolha baseou-se na prevalência desses agravos, e no seu impacto sobre a morbimortalidade materna e infantil na região, considerando o contexto amazônico, marcado por desafios logísticos, longas distâncias, diversidade cultural e limitações de acesso a serviços hospitalares.

A descrição dessas dez condições representa uma ferramenta prática de apoio à enfermagem, contribuindo para a padronização das condutas, o fortalecimento do cuidado em territórios indígenas e a promoção de uma assistência segura, humanizada e culturalmente competente, alinhada aos direitos



reprodutivos e às diretrizes da Atenção à Saúde Indígena.

Para facilitar o uso cotidiano do protocolo, cada situação de urgência e emergência será apresentada separadamente, destacando:

- definição e quadro clínico;
- sinais de gravidade;
- condutas imediatas de enfermagem;
- critérios para encaminhamento;
- orientações específicas para o contexto indígena.

Trabalho de parto prematuro

Definição: O trabalho de parto prematuro consiste na ocorrência de contrações uterinas regulares que provocam modificações cervicais antes da 37ª semana de gestação, podendo evoluir para parto prematuro. Trata-se de uma emergência obstétrica, pois aumenta o risco de morbimortalidade neonatal e de complicações maternas, exigindo intervenção rápida e adequada (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG)

Definição: As Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG) compreendem condições como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crônica associada à gestação, caracterizadas pelo aumento da pressão arterial durante o período gestacional. São consideradas emergências obstétricas devido ao elevado risco de complicações maternas e fetais, incluindo acidente vascular cerebral, insuficiência renal, hemorragias e óbito (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

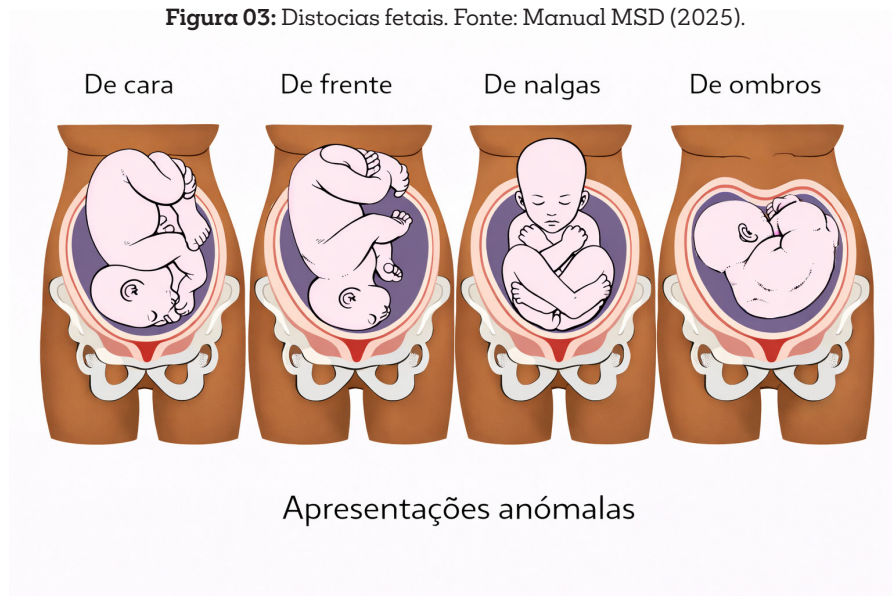
Figura 02: GOOGLE. Imagem gerada por IA no Gemini representando uma gestante indígena da Amazônia em atendimento de saúde. 2025



Distocias fetais e do trajeto

Definição: As distocias fetais e do trajeto são alterações ou dificuldades que comprometem a progressão fisiológica do trabalho de parto. Podem estar associadas a anormalidades fetais — como apresentação pélvica, distopia de ombro ou desproporção cefalopélvica — ou a alterações maternas do canal de parto. Configuram uma emergência obstétrica, pois exigem intervenção imediata para garantir a segurança materna e fetal (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

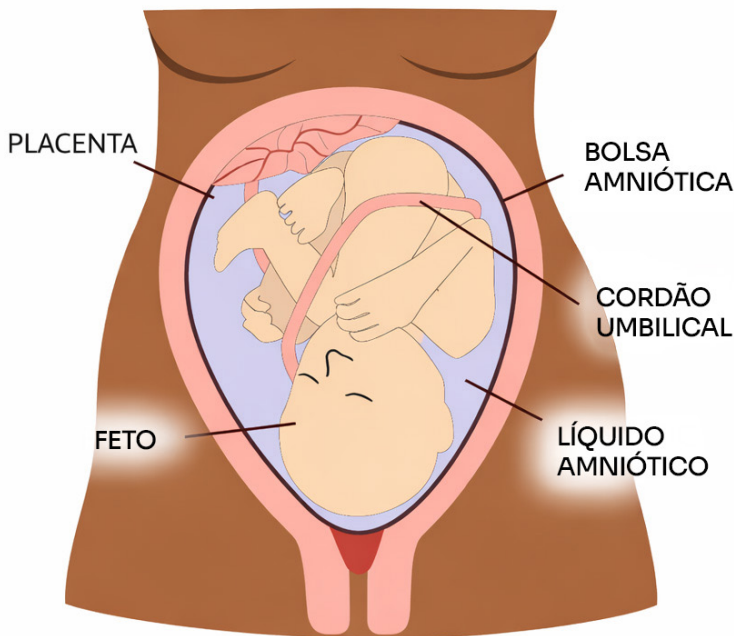
Figura 03: Distocias fetais. Fonte: Manual MSD (2025).



Oligodrâmnio

Definição: O oligodrâmnio é uma condição obstétrica caracterizada pela redução do volume de líquido amniótico para níveis inferiores ao esperado para a idade gestacional. Essa alteração pode comprometer o desenvolvimento fetal, além de estar associada a maior risco de complicações perinatais (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Figura 04: Oligodrâmnio. Fonte: stock.adobe (2025).



OLIGOIDRÂMNIO

Infecção puerperal:

Definição: A infecção puerperal é caracterizada como qualquer infecção bacteriana do trato genital feminino que ocorre no período pós-parto. Constitui importante causa de morbimortalidade materna, especialmente em contextos de assistência inadequada ou na ausência de medidas profiláticas apropriadas (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Trauma Obstétrico:

Definição: O trauma obstétrico refere-se às lesões maternas ou fetais ocorridas durante a gestação, o parto ou o puerpério, podendo resultar de acidentes, quedas, procedimentos obstétricos ou violência obstétrica. Configura uma emergência obstétrica, pois pode comprometer a saúde materna e fetal, exigindo atendimento rápido e especializado para minimizar complicações e prevenir morbimortalidade (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

17

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS

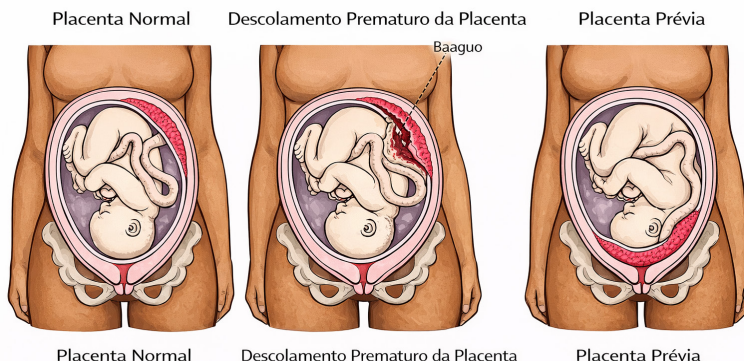
Hemorragia Pós-Parto (HPP):

Definição: A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como a perda sanguínea excessiva após o parto, capaz de comprometer a estabilidade hemodinâmica da mulher e evoluir para choque, disfunção orgânica e aumento da morbimortalidade materna, caso não seja rapidamente reconhecida e tratada (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Descolamento Prévio da Placenta (DPP)

Definição: O descolamento prévio de placenta (DPP) é a separação parcial ou total da placenta da parede uterina antes do parto, geralmente após a 20ª semana de gestação. Configura uma emergência obstétrica, pois pode causar hemorragia materna significativa, sofrimento fetal e risco de morte para mãe e bebê (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Figura 05: Deslocamento Prévio da placenta. Fonte: Tudo sobre descolamento prematuro de placenta (2023).

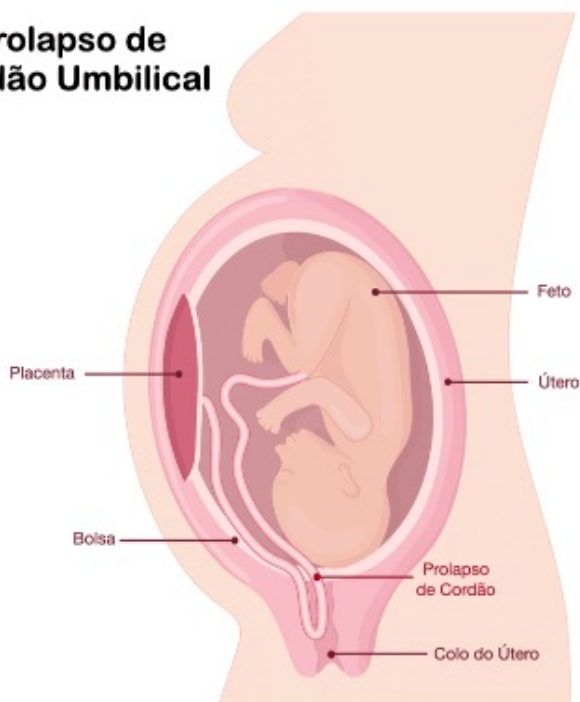


Prolapso do cordão umbilical

Definição: O prolapso do cordão umbilical é uma emergência obstétrica caracterizada pela exteriorização do cordão umbilical através do colo uterino ou da vagina antes ou junto com a apresentação fetal, podendo resultar em compressão do cordão e redução do fluxo sanguíneo e da oxigenação fetal. Trata-se de uma condição grave que requer intervenção imediata para prevenir sofrimento fetal agudo e morte perinatal (Rezende e Montenegro, 2018).

Figura 06: Prolapso do cordão umbilical. Fonte: Rafael Bruns (2022).

Prolapso de Cordão Umbilical

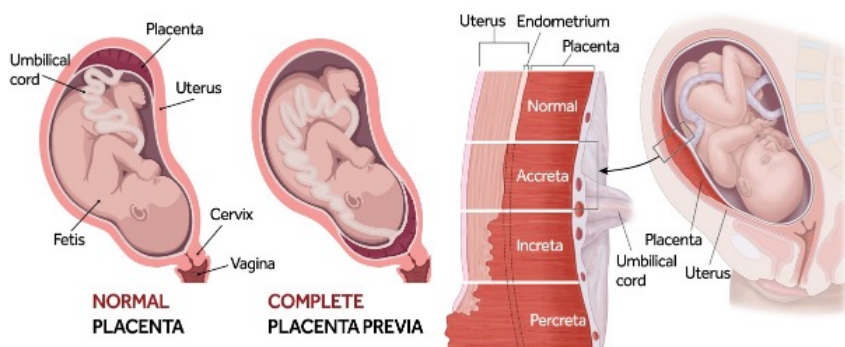


Placenta Retida ou Acretismo Placentário

Definição: A placenta retida é uma condição obstétrica

caracterizada pela não expulsão da placenta dentro do tempo esperado após o parto, podendo ocorrer devido à atonia uterina, retenção de fragmentos placentários ou acretismo placentário, quando há aderência anômala da placenta à parede uterina. Configura uma emergência obstétrica por seu elevado risco de hemorragia grave, choque hipovolêmico e morte materna, exigindo intervenção imediata e adequada (Rezende e Montenegro, 2018).

Figura 07: Placenta retida. Fonte: Stony Brook Medicine (2025).



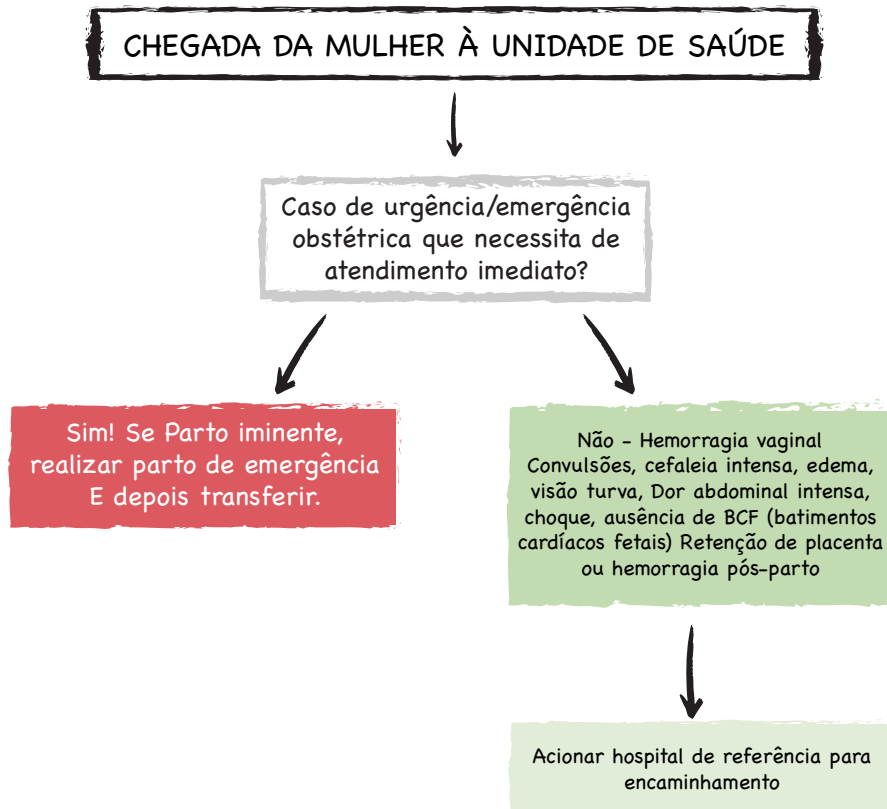
Para facilitar a compreensão sobre a priorização no atendimento de mulheres indígenas em situações de urgência e emergência obstétricas, a tabela a seguir apresenta a Classificação de Risco, destacando os níveis de gravidade e os respectivos critérios de avaliação.

Quadro 2: Prioridade Clínica. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

CLASSIFICAÇÃO	COR	CRITÉRIO
Emergência	Vermelho	Risco de morte iminente para mãe e/ou feto. Exemplos: eclâmpsia, rotura uterina, choque hipovolêmico grave e prolapso de cordão com sofrimento fetal.
Muito Urgente	Laranja	Elevado risco de morte ou sofrimento grave. Exemplos: DPP com sangramento moderado, pré-eclâmpsia grave e trabalho de parto prematuro avançado.
Urgência	Amarelo	Condições que podem agravar sem atendimento, mas não representam risco iminente de vida. Exemplos: hipertensão leve, distocias iniciais e sangramento leve.
Intercorrência	Verde	Situações de menor gravidade, sem risco imediato para mãe ou feto. Exemplos: queixas inespecíficas e náuseas persistentes sem sinais de complicação.

Fluxograma 01: Fluxograma de primeiros atendimentos: Fonte: Elaborado pela autora (2025).

FLUXOGRAMA DE PRIMEIROS ATENDIMENTOS EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA



Portanto, considerando os níveis de prioridade no atendimento de mulheres indígenas em situações de urgência e emergência obstétricas, a tabela a seguir apresenta a Classificação de Risco, destacando os graus de gravidade, os critérios clínicos e as condutas imediatas.

Quadro 03: Urgências e Emergências Obstétricas por Trimestre Gestacional. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

TRIMESTRE / PERÍODO	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA- I)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
1º Trimestre (0 a 13 semanas)	Doença hipertensiva específica da gestação DHEG (Urgência)	• Perфуsão Tissular Ineficaz • Risco de Perфуsão Tissular Fetal • Ineficaz • Risco de Lesão Cerebral • Ansiedade • Conhecimento Deficiente • Risco de Integridade Tissular Prejudicada (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Controle da Pressão Arterial: • Monitorar pressão arterial em intervalos regulares, conforme gravidade. • Avaliar presença de sinais de pré-eclâmpsia/eclâmpsia: cefaleia intensa, alterações visuais, edema súbito, dor epigástrica. • Garantir ambiente calmo para reduzir estímulos que possam elevar a pressão arterial. Manejo da Hipertensão: • Manter paciente em decúbito lateral esquerdo para melhorar perфуsão renal e uteroplacentária. • Administrar anti-hipertensivos conforme prescrição médica. • Avaliar diurese horária para monitorar função renal. Monitorização Neurológica: • Observar nível de consciência e sinais de convulsão iminente. • Preparar material para assistência em caso de crise convulsiva. Apoio Emocional: • Explicar estado clínico e tratamento para reduzir ansiedade. • Oferecer suporte psicológico à gestante e familiares (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
	Oligodrâmio (Urgência)	• Risco de Perфуsão Tissular Ineficaz	Monitoramento da Frequência Cardíaca Fetal: • Observar a frequência cardíaca fetal para identificar sinais de sofrimento fetal.
		• Risco de Desenvolvimento Ineficaz do Feto • Risco de Lesão Fetal • Ansiedade (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Monitoramento do Volume de Líquido Amniótico: • Avaliar o volume de líquido amniótico por meio de ultrassonografia para acompanhar a evolução do oligodrâmio. Monitoramento do Bem-Estar Fetal: • Realizar cardiocografia ou perfil biofísico fetal para avaliar a saúde do feto. Hidratação Intravenosa: • Administrar líquidos intravenosos conforme prescrição médica para melhorar o volume de líquido amniótico e a perфуsão placentária. Hidratação Oral: • Orientar a ingestão adequada de líquidos para manter a hidratação materna. Amnioinfusão Terapêutica: • Executar amnioinfusão durante o trabalho de parto, se indicada, para aliviar a compressão do cordão umbilical e melhorar a perфуsão fetal. Apoio Emocional: • Oferecer suporte emocional à gestante para reduzir a ansiedade e promover o bem-estar psicológico. Educação sobre a Condição: • Fornecer informações sobre o oligodrâmio, suas implicações e o plano de cuidados para a gestante e família (BULECHEK; BUTCHER, DOCHTERMAN, 2020).
2º Trimestre (14 a 27 semanas)	Distócias fetais e do trajeto (Urgência)	• Risco de Perфуsão Tissular Fetal Ineficaz • Dor Aguda • Risco de Lesão Materna • Ansiedade • Risco de Infecção • Risco de Integridade Tissular Prejudicada (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Assistência no Trabalho de Parto: • Monitorar a evolução do trabalho de parto, incluindo dilatação, altura uterina e intensidade das contrações. • Avaliar sinais de sofrimento fetal por meio da ausculta fetal contínua ou cardiocografia. • Observar apresentação, posição e posição fetal, auxiliando a equipe médica na tomada de decisão. Controle de Hemorragias: • Avaliar e documentar perda sanguínea materna, prevenindo complicações hemorrágicas.

			Administração de Medicação: - Auxiliar na administração de medicamentos prescritos, como analgésicos, uterotônicos ou outros necessários para manejo da distócia. Apoio Emocional: - Fornecer suporte psicológico à gestante e familiares. - Explicar o que está acontecendo e quais intervenções serão realizadas para reduzir ansiedade. Monitorização Neurológica: - Observar sinais de fadiga materna ou sofrimento neurológico devido ao trabalho de parto prolongado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
	Descolamento Prévio da Placenta - DPP (Emergência)	- Volume de Líquidos Deficiente - Risco de Choque - Perfusão Tissular Ineficaz - Dor Aguda - Ansiedade - Risco de Perfusão Tissular Fetal Ineficaz (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Controle de Hemorragia: - Monitorar sinais vitais e estado hemodinâmico frequentemente. - Manter acesso venoso calibroso para infusão rápida de fluidos e hemocomponentes. - Mensurar e documentar rigorosamente a perda sanguínea. - Avaliar sinais de choque hipovolêmico (pele fria, taquicardia, hipotensão, agitação). Regulamentação da Perfusão Uteroplacentária: - Manter paciente em decúbito lateral esquerdo para otimizar a perfusão uterina e fetal. - Monitorar frequência cardíaca fetal com cardiocotografia (se disponível). - Preparar para parto de emergência (normal ou cesárea), conforme indicação médica. Apoio Emocional: - Oferecer suporte psicológico à paciente e familiares. - Explicar os procedimentos e riscos envolvidos para reduzir ansiedade (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
3º Trimestre (28 a 40 semanas) e pós parto	Trabalho de parto prematuro (Urgência)	- Risco de Perfusão Tissular Fetal Ineficaz - Dor Aguda - Ansiedade - Risco de Infecção - Conhecimento Deficiente - Risco de Lesão Materna (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Prevenção do Parto Prematuro: - Avaliar e registrar contrações uterinas e atividade fetal regularmente. - Incentivar repouso em decúbito lateral para melhorar a perfusão utero-placentária. - Reduzir estímulos físicos e emocionais que possam precipitar contrações. Monitorização Fetal: - Realizar ausculta dos batimentos cardíacos fetais ou cardiocotografia, se disponível. - Observar sinais de sofrimento fetal. Administração de Medicação: - Administrar tocolíticos e corticosteroides conforme prescrição para inibir contrações e promover maturidade pulmonar fetal. - Monitorar efeitos colaterais dos fármacos. Apoio Emocional - Oferecer informações claras sobre o quadro clínico e as condutas adotadas. - Apoiar emocionalmente a gestante e familiares, reduzindo medo e ansiedade (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
	Infecção puerperal (Urgência)	- Infecção - Risco de Infecção - Ansiedade (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Controle de Infecção: - Implementar medidas de prevenção e controle de infecção, como higienização das mãos e uso de EPI, para reduzir o risco de disseminação de microrganismos. Monitoramento de Sinais Vitais: - Observar temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória para detectar alterações indicativas de infecção. Administração de Medicamentos: - Administrar antibióticos ou outros medicamentos conforme prescrição médica para tratar a infecção puerperal. Terapia de Fluidos: - Garantir hidratação adequada da paciente para auxiliar na recuperação e manutenção da perfusão tecidual. Avaliação da Dor:

			- Avaliar presença e intensidade da dor, pois infecções podem causar desconforto abdominal, uterino ou perineal. Apoio Emocional: - Oferecer suporte emocional à puérpera para reduzir ansiedade e promover bem-estar psicológico. Educação em Saúde: - Orientar sobre sinais de complicações, higiene adequada, cuidados com feridas ou episiotomia e importância da adesão ao tratamento. Planejamento do Cuidado: - Planejar cuidados de enfermagem individuais, considerando a gravidade da infecção, evolução clínica e contexto materno (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
	Trauma Obstétrico (Urgência)	- Risco de Lesão Materna - Dor Aguda - Risco de Infecção - Risco de Perfusão Tissular Fetal Ineficaz - Ansiedade - Risco de Integridade Tissular Prejudicada (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Controle de Hemorragia: - Avaliar e documentar a perda sanguínea materna. - Manter acesso venoso calibroso para reposição rápida de fluidos ou hemocomponentes. - Aplicar compressão direta em feridas externas quando necessário. Monitorização Neurológica: - Avaliar nível de consciência e sinais vitais da paciente com trauma. - Observar sinais de choque ou comprometimento neurológico decorrente de trauma. Cuidados com Feridas: - Limpar e proteger feridas abertas ou lacerações. - Observar sinais de infecção (rubor, calor, dor, secreção purulenta). Apoio Emocional: - Oferecer suporte psicológico à gestante e familiares após o trauma. - Explicar procedimentos realizados para reduzir ansiedade e medo
			Administrar analgésicos, anti-inflamatórios ou antibióticos conforme prescrição médica (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
	Placenta Retida ou Acretismo Placentário (Emergência)	- Volume de Líquidos Deficiente - Risco de Choque - Perfusão Tissular Ineficaz - Ansiedade - Dor Aguda - Risco de Integridade Tissular Prejudicada (HERDMAN, KAMITSURU E TAKAO LOPES, 2024).	Controle de Hemorragia: - Avaliar e documentar rigorosamente perda sanguínea materna. - Manter acesso venoso calibroso para reposição rápida de líquidos e hemocomponentes. - Preparar material para intervenção cirúrgica de emergência, se necessário (manual ou cirúrgica). Assistência no Trabalho de Parto/Pós-Parto: - Observar sinais de retenção placentária e dificuldade de expulsão da placenta. - Auxiliar equipe médica durante procedimentos para remoção da placenta. - Monitorar tonus uterino e realizar massagem uterina conforme prescrição Apoio Emocional: - Oferecer suporte emocional à gestante e familiares. - Explicar procedimentos e riscos envolvidos, reduzindo ansiedade. Monitorização Neurológica: - Avaliar estado de consciência e sinais de choque secundário à hemorragia. Administração de Medicação: - Administrar uterotônicos conforme prescrição médica. - Monitorar efeitos adversos da medicação (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
	Hemorragias pós parto (Emergência)	- Risco de Perfusão Tissular Ineficaz placentária/fetal materna - Deficit de Volume de Líquidos - Ansiedade	Controle de Hemorragia: - Monitorar sinais vitais e estado hemodinâmico frequentemente. - Manter acesso venoso calibroso para infusão rápida de fluidos e hemocomponentes - Avaliar quantidade e características do sangramento. - Aplicar massagem uterina, se indicada, para estimular contração e reduzir sangramento. Terapia de Fluidos:
			- Administrar fluidos intravenosos conforme prescrição médica. - Manter equilíbrio hídrico adequado e monitorar débito urinário. - Avaliar sinais de sobrecarga ou déficit de líquidos. Apoio Emocional: - Oferecer suporte emocional à puérpera, explicando procedimentos. - Promover sensação de segurança durante intervenção de emergência. - Incentivar comunicação aberta sobre medos e preocupações (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).
	Prolapso do cordão umbilical (Emergência)	- Risco de Perfusão Tissular Fetal Ineficaz - Ansiedade - Risco de Lesão Materna - Dor Aguda - Risco de Integridade Tissular Prejudicada - Conhecimento Deficiente (Herdman, Kamitsuru e Takao Lopes, 2024).	Assistência no Trabalho de Parto: - Manter monitorização contínua da frequência cardíaca fetal (cardiotocografia). - Avisar imediatamente a equipe obstétrica sobre a emergência. - Preparar a paciente para parto de emergência (geralmente cesárea). Controle de Hemorragia: - Avaliar sangramentos maternos decorrentes do trauma ou parto. - Garantir acesso venoso calibroso para reposição de líquidos se necessário. Monitorização Neurológica: - Avaliar nível de consciência da gestante durante a emergência, principalmente se houver dor intenso ou ansiedade elevada. Administração de Medicação: - Administrar oxigênio conforme prescrição médica para melhorar a oxigenação fetal. Apoio Emocional: - Orientar e tranquilizar a gestante e familiares, explicando as ações de emergência (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020).

O sistema de transporte entre Manaus e os municípios do interior, predominantemente fluvial e aéreo, configura um modelo assistencial em que os moradores das áreas interioranas dependem da capital para acessar os serviços de saúde. Essa dependência aprofunda as fragilidades dos sistemas municipais e impede a consolidação de redes locais de cuidado, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS (HEUFEMANN et al., 2024).

Quadro 04: Tipos de transporte utilizados na remoção da população indígena em situações de urgência e emergência obstétrica no contexto amazônico. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

	Fluvial	Terrestre	Aéreo
Características	Realizado por embarcações (voadeiras, lanchas rápidas, barcos regionais). É a principal via em áreas ribeirinhas e aldeias de difícil acesso.	Realizado por ambulâncias, carros adaptados ou motocicletas em comunidades com acesso por estradas vicinais.	Realizado por aeronaves (aviões de pequeno porte ou helicópteros), acionado em situações graves ou quando o tempo de deslocamento por outras vias é inviável.
Vantagens	Possibilidade de alcançar comunidades isoladas; maior disponibilidade local.	Permite maior rapidez em áreas com estradas; mais facilidade para monitorar a gestante durante o trajeto.	Maior rapidez em longas distâncias; indicado para emergências graves com necessidade de atendimento hospitalar imediato.
Limitações/Desafios	Longo tempo de deslocamento; condições climáticas e de navegabilidade podem atrasar a remoção; risco de instabilidade da gestante em trajetos prolongados.	Estradas precárias, principalmente no período de chuvas; risco de demora no acesso até rodovias principais; limitações para suporte avançado.	Alto custo; depende de disponibilidade da aeronave e condições climáticas; logística complexa de pouso/decolagem em áreas remotas.
Exigências do Protocolo	Estabilização mínima antes do transporte; presença de profissional de saúde treinado; equipamentos básicos de emergência; comunicação prévia com a unidade de referência.	Garantir monitoramento contínuo; registrar sinais vitais; contato com a central de regulação ou unidade de referência antes da saída.	Estabilização clínica antes do embarque; garantir segurança materno-fetal durante o voo; comunicação contínua com unidade de destino; registro detalhado.

O Processo de Enfermagem, normatizado pela Resolução COFEN nº 736/2024, organiza a prática profissional em cinco etapas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem. No contexto da Saúde Indígena, esse processo deve ser desenvolvido de forma intercultural, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), integrando saberes biomédicos e tradicionais.

O Processo de Enfermagem apresentado neste protocolo fundamenta-se na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger (LEININGER, 2002), que orienta a elaboração de cuidados culturalmente congruentes por meio de três estratégias: preservação, acomodação/negociação e reestruturação cultural. Associado a esse referencial, o sistema de linguagem padronizada Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (BULECHEK et al., 2020) qualifica e padroniza as ações realizadas em cada etapa.

O fluxograma a seguir sintetiza a integração entre o Processo de Enfermagem, as intervenções NIC e as abordagens culturais da TDUCC, oferecendo ao(à) enfermeiro(a) do DSEI/APS um guia objetivo para a prestação de um cuidado seguro, sensível e alinhado às práticas das mulheres indígenas. Na sequência, descrevem-se as cinco etapas do processo:

1ª ETAPA – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

A avaliação intercultural deve ser iniciada no primeiro contato, considerando vulnerabilidades clínicas, emocionais, espirituais e socioculturais da gestante indígena.

1. Acolhimento Culturalmente Sensível e Avaliação Inicial



Objetivo:

Identificar necessidades clínicas imediatas, riscos obstétricos e demandas culturais da mulher, da família e da coletividade.

Ações do enfermeiro(a):

- Estabelecer comunicação terapêutica com respeito ao idioma, ao ritmo da fala e aos silêncios culturalmente significativos.
- Identificar crenças relacionadas à gestação, ao parto, ao aborto, aos sangramentos, ao início do trabalho de parto e aos riscos percebidos.
- Perguntar quem é a autoridade familiar ou comunitária envolvida no cuidado (cônjuge, liderança, pajé, parteira tradicional).
- Identificar sinais de urgência obstétrica (dor intensa, sangramentos, convulsão, diminuição dos movimentos fetais, perda de líquido).
- Avaliar barreiras linguísticas e solicitar intérprete indígena quando necessário.

NIC associadas:

- 4920 – Comunicação Terapêutica
- 6610 – Avaliação da Saúde
- 5270 – Suporte Emocional
- 7314 – Coordenação de Cuidados

Intervenções culturais:

- Preservação cultural: permitir a presença de familiares que tradicionalmente acompanham o cuidado na aldeia.
- Escuta ativa cultural: reconhecer valores e expectativas sobre parto e tomada de decisão.

2. Coleta de Dados Sistemática: Histórico Cultural + Obstétrico

Objetivo:

Identificar riscos, significados culturais da gravidez e práticas tradicionais que influenciam a situação de urgência/emergência.

Ações do enfermeiro(a):

- Investigar práticas tradicionais, como: uso de plantas medicinais, banhos, rezas e defumações; restrições alimentares da etnia; rituais espirituais de proteção; e posições culturalmente utilizadas para alívio da dor.
- Identificar quem é a parteira tradicional e seu histórico de acompanhamento em gestações prévias.
- Investigar o histórico obstétrico completo.
- Realizar exame físico completo (PA, FC, FR, temperatura, avaliação da dor, ausculta fetal, toque quando indicado, inspeção e avaliação rápida de risco).
- Identificar prioridades clínicas (hemorragia, eclampsia, trabalho de parto prematuro, infecção, trauma, entre outras).

NIC associadas:

- 7040 – Coleta de Dados de Enfermagem
- 6880 – Monitorização Obstétrica
- 3350 – Monitorização de Sinais Vitais

Intervenções culturais (TDUCC):

Negociação/Acomodação cultural:

- permitir continuidade de práticas seguras (ex.: cantos, ervas não contraindicadas);
- ajustar horários e abordagens conforme rituais autorizados pela família ou lideranças;
- negociar suspensão temporária de práticas que aumentam risco (ex.: banhos quentes em hemorragia).

2ª ETAPA – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Objetivo:

Identificar respostas humanas que integrem dimensões clínicas, sociais e culturais específicas das mulheres indígenas.

Exemplos aplicados às urgências obstétricas:

- Ansiedade (00146) relacionada à ruptura entre práticas culturais de parto e o ambiente biomédico.
- Medo (00148) relacionado ao transporte para serviços fora do território tradicional.
- Risco de perfusão tissular prejudicada (00204) devido à hemorragia.
- Padrão de saúde materna alterado (00212) relacionado ao uso de práticas tradicionais inadequadas para o quadro clínico atual.
- Conhecimento deficiente (00126) sobre sinais de alerta gestacional decorrente de diferenças culturais na compreensão do processo de parto.

NIC associadas:

- 6615 – Análise Crítica de Dados

Intervenções culturais:

- Validação do significado cultural da gestação e do parto.
- Levantamento dos sistemas tradicionais de cuidado: parteiras, pajés, rezadores e curandeiros.

3ª ETAPA – PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Objetivo:

Construir um plano assistencial individualizado, seguro, culturalmente congruente e acordado com a gestante e sua família.

Ações

- Integrar práticas culturais seguras ao planejamento biomédico (ex.: posições de cócoras).

- Negociar práticas culturais potencialmente danosas, oferecendo alternativas.
- Estabelecer metas clínicas e culturais: estabilização da PA, controle da hemorragia, alívio da dor e conforto cultural.
- Identificar atores do cuidado tradicional que podem participar (ex.: parteira como apoio emocional).

NIC associadas:

- 7310 – Planejamento da Assistência ao Paciente
- 5510 – Promoção da Saúde Materna
- 7440 – Facilitação Cultural

Intervenções culturais:

- Preservação: manutenção de práticas seguras (cantos, acompanhante, objetos protetores).
- Negociação: adequação do tempo e da forma dos procedimentos à compreensão da gestante.
- Reestruturação: substituição de práticas prejudiciais (ex.: uso de substâncias abortivas, restrições alimentares extremas).

4ª ETAPA – IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Objetivo:

Executar intervenções clínicas e culturais integradas, garantindo segurança, rapidez e sensibilidade étnica.

A seguir, alguns exemplos conforme o tipo de urgência obstétrica.

Hemorragia Obstétrica (Choque/PPH)

NIC associadas:

- 4020 – Controle de Hemorragia
- 6680 – Cuidados na Emergência
- 4030 – Monitorização Hemodinâmica
- 4180 – Administração de Volume

Intervenções culturais:

- Permitir presença de pessoa de confiança para fortalecimento espiritual.
- Evitar exposição corporal desnecessária.
- Explicar procedimentos invasivos por meio de metáforas culturalmente familiares.
- Negociar suspensão de banhos quentes ou plantas vasodilatadoras.

Crise Hipertensiva / Eclampsia

NIC associadas:

- 4010 – Controle da Pressão Arterial
- 6654 – Prevenção de Convulsões
- 4470 – Monitorização Neurológica

Intervenções culturais:

- Utilizar linguagem calma e ritmada, comum em muitas comunidades indígenas.
- Envolver a família no processo de tomada de decisão.

Trabalho de Parto Prematuro ou Ativo

NIC associadas:

- 6882 – Cuidados no Parto
- 6770 – Assistência no Trabalho de Parto
- 5460 – Manejo da Dor

Intervenções culturais:

- Incentivar posições culturalmente preferidas (cócoras, sentada, apoiada).
- Permitir cantos, rezas e objetos protetores.
- Autorizar a presença da parteira tradicional, desde que não comprometa o manejo clínico.

Infecções / Febre / Risco de Sepsé

NIC associadas:

- 6540 – Controle de Infecção
- 6680 – Cuidados na Emergência
- 3900 – Regulação da Temperatura

Intervenções culturais:

- Negociar suspensão de banhos quentes ou defumações quando prejudiciais.
- Explicar o risco de “calor patológico” de forma simbólica para facilitar compreensão.

5ª ETAPA – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE CULTURAL

Objetivo:

Avaliar resultados clínicos e culturais, reorientando o plano quando necessário

Ações

- Verificar a satisfação da gestante e da família.
- Avaliar se o cuidado preservou valores e práticas culturais fundamentais.
- Registrar práticas tradicionais que favoreceram o processo.
- Ajustar o plano conforme feedback.

NOC (resultados):

- 2002 – Bem-estar Materno
- 2600 – Satisfação com Cuidado Cultural
- 1608 – Controle de Sintomas
- 2100 – Resultados da Saúde da Gestante



Intervenções culturais:

- Reavaliar práticas tradicionais e possíveis ajustes para o puerpério.
- Fortalecer vínculos com parteiras e lideranças para continuidade do cuidado.

Segue abaixo as representações esquemáticas do fluxograma de atendimento nas situações de urgência e emergências obstétricas em diferentes contextos clínicos

Fluxograma 02: Fluxo de Atendimento de Enfermagem a mulher indígena em Trabalho de parto prematuro. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

SINAIS DE ALERTA: CONTRAÇÕES UTERINAS REGULARES E FREQUENTES? SANGRAMENTO VAGINAL? DOR ABDOMINAL OU LOMBAR PERSISTENTE? FEBRE, TAQUICARDIA, PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA, MAL-ESTAR GERAL? DILATAÇÃO OU APAGAMENTO DO COLO UTERINO?

SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA, PARA OS DEDIVOS ENCAMINHAMENTOS A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registrar contrações uterinas e atividade fetal regularmente.
- Planejar assistência interdisciplinar e encaminhar conforme necessidade.
- Incentivar repouso em decúbito lateral para melhorar a perfusão teroplacentária.
- Reduzir estímulos físicos e emocionais que possam precipitar contrações.
- Realizar ausculta dos batimentos cardíacos fetais ou cardiotocografia, se disponível.
- Observar sinais de sofrimento fetal.
- Administrar tocolíticos e corticosteroides conforme prescrição para inibir contrações e promover maturidade pulmonar fetal.
- Monitorar efeitos colaterais dos fármacos.
- Garantir ambiente tranquilo, seguro e acolhedor.
- Oferecer informações claras sobre o quadro clínico e as condutas adotadas.
- Apoiar emocionalmente a gestante e familiares, reduzindo medo e ansiedade (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

Fluxograma 03: Fluxo de Atendimento de Enfermagem em Doença hipertensiva especificada da gestação (DHEG). Fonte: Elaborado pela autora (2025).

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

SINAIS DE ALERTA: Pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg? Edema súbito de face, mãos ou generalizado? Cefaleia intensa e persistente, não aliviada por analgésicos? Alterações visuais (visão turva, escotomas, diplopia, cegueira transitória)? Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, associada ou não a náuseas e vômitos? Redução da movimentação fetal ou sinais de sofrimento fetal? Convulsões (eclâmpsia)?

SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA, PARA OS DEDIVOS ENCAMINHAMENTOS A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registrar
- Monitorar pressão arterial em intervalos regulares, conforme gravidade.
- Avaliar presença de sinais de pré-eclâmpsia/eclâmpsia: cefaleia intensa, alterações visuais, edema súbito, dor epigástrica.
- Garantir ambiente calmo para reduzir estímulos que possam elevar a pressão arterial.
- Manter paciente em decúbito lateral esquerdo para melhorar perfusão renal e uteroplacentária.
- Administrar anti-hipertensivos conforme prescrição médica.
- Avaliar diurese horária para monitorar função renal.
- Observar nível de consciência e sinais de convulsão iminente.
- Preparar material para assistência em caso de crise convulsiva.
- Explicar estado clínico e tratamento para reduzir ansiedade.
- Orientar sobre sinais de alerta e importância do acompanhamento pré-natal.
- Oferecer suporte psicológico à gestante e familiares (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

Fluxograma 04: Fluxo de Atendimento de Enfermagem em Distocias fetais e do trajeto. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

DISTOCIAS FETAIS E DO TRAJETO

SINAIS DE ALERTA: Apresentação fetal anômala: pélvica, transversa, face, frente? Parto prolongado sem progressão (dilatação ou descida fetal lenta ou ausente)? Palpação abdominal irregular (dificuldade em identificar polo cefálico)? Ausência de encaixe da cabeça fetal mesmo com dilatação avançada? Movimentos fetais dolorosos ou anormais durante o trabalho de parto? Sinais de sofrimento fetal (batimentos cardíacos fetais alterados)?

SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA, PARA OS DEDIVOS ENCAMINHAMENTOS A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registrar
- Monitorar a evolução do trabalho de parto, incluindo dilatação, altura uterina e intensidade das contrações.
- Avaliar sinais de sofrimento fetal por meio da ausculta fetal contínua ou cardiotocografia.
- Observar apresentação, posição e posição fetal, auxiliando a equipe médica na tomada de decisão.
- Avaliar e documentar perda sanguínea materna, prevenindo complicações hemorrágicas.
- Auxiliar na administração de medicamentos prescritos, como analgésicos, uterotônicos ou outros necessários para manejo da distocia.
- Promover o cuidado culturalmente sensível.
- Explicar o que está acontecendo e quais intervenções serão realizadas para reduzir ansiedade.
- Observar sinais de fadiga materna ou sofrimento neurológico devido ao trabalho de parto prolongado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

OLIGODRÂMPIO

SINAIS DE ALERTA: Medida clínica do fundo uterino menor que o esperado para a idade gestacional? Diminuição perceptível da movimentação fetal relatada pela gestante? Batimentos cardíacos fetais anormais (bradicardia ou taquicardia)? Índice de Líquido Amniótico (ILA) reduzido em ultrassonografia? Presença de líquido amniótico com mecônio em exames ou durante perda espontânea?.

SOLICITAR AVALIAÇÃO
MÉDICA, PARA OS DEDIVOS
ENCAMINHAMENTOS A REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

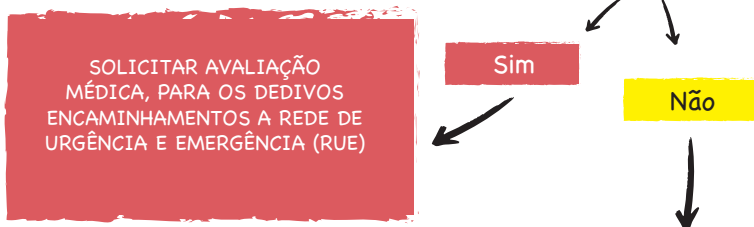
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registrar
 - Observar a frequência cardíaca fetal para identificar sinais de sofrimento fetal.
 - Estabelecer comunicação culturalmente sensível.
 - Avaliar o volume de líquido amniótico por meio de ultrassonografia para acompanhar a evolução do oligodrâmnio.
 - Realizar cardiotocografia ou perfil biofísico fetal para avaliar a saúde do feto.
 - Administrar líquidos intravenosos conforme prescrição médica para melhorar o volume de líquido amniótico e a perfusão placentária.
 - Orientar a ingestão adequada de líquidos para manter a hidratação materna.
 - Monitorar continuamente os sinais vitais maternos e fetais, com atenção à frequência cardíaca fetal.
 - Promover um ambiente de confiança e acolhimento.
 - Garantir repouso relativo à gestante, evitando esforços físicos excessivos.
- (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

Fluxograma 06. Fluxo de Atendimento de Enfermagem em Infecção puerperal. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

INFECÇÃO PUERPERAL

SINAIS DE ALERTA: Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ persistente após o parto(24 horas)? Calafrios e mal-estar geral? Taquicardia materna (>100 bpm)? Loquia fétida (secreção vaginal com odor desagradável)? Dor abdominal intensa ou sensibilidade uterina exacerbada? Aumento do volume uterino ou involução uterina lenta? Secreção purulenta ou sinais de infecção em ferida cirúrgica ou episiotomia? Sinais sistêmicos de sepse: hipotensão, taquipneia, confusão mental, extremidades frias?.



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registrar.
- Implementar medidas de prevenção e controle de infecção, como higienização das mãos e uso de EPI, para reduzir o risco de disseminação de microrganismos.
- Observar temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória para detectar alterações indicativas de infecção.
- Administrar antibióticos ou outros medicamentos conforme prescrição médica para tratar a infecção puerperal.
- Garantir hidratação adequada da paciente para auxiliar na recuperação e manutenção da perfusão tecidual.
- Estabelecer comunicação empática e culturalmente sensível.
- Avaliar presença e intensidade da dor, pois infecções podem causar desconforto abdominal, uterino ou perineal.
- Oferecer suporte emocional à puérpera para reduzir ansiedade e promover bem-estar psicológico.
- Orientar sobre sinais de complicações, higiene adequada, cuidados com feridas ou episiotomia e importância da adesão ao tratamento.
- Valorizar práticas culturais seguras (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

TRAUMA OBSTÉTRICO

SINAIS DE ALERTA: Sangramento vaginal intenso após parto? Dor intensa e persistente no abdome ou períneo, desproporcional ao esperado? Hematomas volumosos na vulva, períneo ou canal de parto? Edema significativo ou assimétrico da genitália? Lacerações evidentes de colo uterino, vagina ou períneo com sangramento ativo? Sinais de choque hipovolêmico: palidez, taquicardia, hipotensão, sudorese fria?

SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA, PARA OS DEDIVOS ENCAMINHAMENTOS A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registrar o nível de consciência e sinais vitais da paciente com trauma.
- Observar sinais de choque ou comprometimento neurológico decorrente de trauma.
- Limpar e proteger feridas abertas ou lacerações.
- Observar sinais de infecção (rubor, calor, dor, secreção purulenta).
- Oferecer suporte psicológico à gestante e familiares após o trauma.
- Explicar procedimentos realizados para reduzir ansiedade e medo.
- Respeitar crenças e valores culturais da mulher e família quanto à vivência do parto e pós-parto.
- Realizar higiene íntima adequada, orientando sobre cuidados com feridas e troca de absorventes.
- Orientar sobre autocuidado no domicílio, higiene perineal, uso de medicações, repouso e sinais de alerta.
- Valorizar práticas tradicionais seguras, integrando-as ao cuidado quando possível.
- Promover ambiente acolhedor, com linguagem compreensível e apoio à rede familiar.
- Administrar analgésicos, anti-inflamatórios ou antibióticos conforme prescrição médica (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

Fluxograma 08. Fluxo de Atendimento de Enfermagem em Hemorragias pós-parto (HPP). Fonte: Elaborado pela autora (2025).

HEMORRAGIAS (PÓS-PARTO)

SINAIS DE ALERTA: Perda sanguínea intensa? Sinais de choque hipovolêmico? Taquicardia, hipotensão, pulso fraco, Palidez, sudorese fria, extremidades frias, Sonolência, confusão ou agitação? Útero flácido ou mal contraído (atonía uterina)? Sangramento contínuo apesar de massagem uterina ou uso de ocitócicos? Presença de restos placentários ou lacerações não identificadas no canal de parto?.

SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA, PARA OS DEDIVOS ENCAMINHAMENTOS A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar , registrar e monitorar sinais vitais e estado hemodinâmico frequentemente.
- Manter acesso venoso calibroso para infusão rápida de fluidos e hemocomponentes.
- Avaliar quantidade e características do sangramento.
- Aplicar massagem uterina, se indicada, para estimular contração e reduzir sangramento.
- Inspeccionar útero, vagina e períneo quanto à contratilidade uterina e presença de lacerações.
- Administrar fluidos intravenosos conforme prescrição médica.
- Manter equilíbrio hídrico adequado e monitorar débito urinário.
- Avaliar sinais de sobrecarga ou déficit de líquidos.
- Respeitar valores e crenças culturais da mulher sobre parto, perda sanguínea e procedimentos invasivos.
- Promover a participação da família ou acompanhante, se culturalmente adequado, garantindo acolhimento emocional.
- Integrar práticas tradicionais seguras ao cuidado clínico, desde que não comprometam a segurança materna.
- Oferecer suporte emocional à puérpera, explicando procedimentos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

DESCOLAMENTO PRÉVIO DA PLACENTA (DPP)

SINAIS DE ALERTA: Sangramento vaginal repentino? Dor abdominal súbita e intensa? Hipertonicidade ou rigidez uterina? Contrações frequentes e dolorosas? Sinais de sofrimento fetal? Sinais maternos de choque (Palidez, sudorese, taquicardia, hipotensão, tontura, mal-estar geral)?

SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA, PARA OS DEDIVOS ENCAMINHAMENTOS A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar, registrar e monitorar sinais vitais e estado hemodinâmico frequentemente.
- Manter acesso venoso calibroso para infusão rápida de fluidos e hemocomponentes.
- Mensurar e documentar rigorosamente a perda sanguínea.
- Avaliar sinais de choque hipovolêmico (pele fria, taquicardia, hipotensão, agitação).
- Manter paciente em decúbito lateral esquerdo para otimizar a perfusão uterina e fetal.
- Orientar sobre procedimentos, riscos e a importância da cooperação com a equipe de saúde.
- Monitorar perfusão periférica (palidez, extremidades frias, tempo de preenchimento capilar).
- Respeitar crenças e práticas culturais que possam interferir na compreensão do risco ou no consentimento de procedimentos.
- Integrar práticas culturais seguras, como presença de familiares ou rituais de conforto, sem comprometer a segurança materno-fetal.
- Promover linguagem clara e empática (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

Fluxograma 10. Fluxo de Atendimento de Enfermagem em Prolapso do cordão umbilical. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

PROLAPSO DO CORDÃO UMBILICAL

SINAIS DE ALERTA: Cordão umbilical visível ou palpável na vagina ou no canal de parto? Alterações agudas nos batimentos cardíacos fetais? Trabalho de parto súbito e acelerado com dor intensa? Ruptura de membranas com líquido amniótico clara ou tingido de sangue, seguida de sensação de cordão descendente? Sinais de sofrimento fetal imediato?.

SOLICITAR AVALIAÇÃO
MÉDICA, PARA OS DEDIVOS
ENCAMINHAMENTOS A REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar, registrar e manter monitorização contínua da frequência cardíaca.
- Explicar à gestante e familiares a emergência de forma clara e objetiva, tranquilizando quanto à rápida intervenção.
- Preparar a paciente para parto de emergência.
- Avaliar sangramentos maternos decorrentes do trauma ou parto.
- Garantir acesso venoso calibroso para reposição de líquidos se necessário.
- Avaliar nível de consciência da gestante durante a emergência, principalmente se houver dor intensa ou ansiedade elevada.
- Administrar oxigênio conforme prescrição médica para melhorar a oxigenação fetal.
- Respeitar crenças culturais sobre parto e procedimentos de emergência, garantindo compreensão e aceitação do cuidado.
- Permitir presença familiar ou apoio emocional, quando compatível com a segurança materno-fetal.
- Usar linguagem clara e empática (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

Fluxograma 11. Fluxo de Atendimento de Enfermagem em Placenta Retida ou Acretismo Placentário. Fonte: Elaborado pela autora (2025).

PLACENTA RETIDA OU ACRETISMO PLACENTÁRIO

SINAIS DE ALERTA: Ausência de expulsão da placenta até 30 minutos após o parto (placenta retida)? Sangramento vaginal persistente ou intenso após o parto? Útero flácido ou mal contraído (atonía uterina associada)? Dor abdominal ou cólicas uterinas persistentes? Palpação de restos placentários ou massa dura dentro do útero? Sinais maternos de choque (Taquicardia, hipotensão, palidez, sudorese fria, mal-estar geral)?

SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA, PARA OS DEDIVOS ENCAMINHAMENTOS A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Sim

Não

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar, registrar e documentar rigorosamente perda sanguínea materna.
- Manter • Manter acesso venoso calibroso para reposição rápida de líquidos e hemocomponentes.
- Preparar material para intervenção cirúrgica de emergência, se necessário (manual ou cirúrgica).
- Observar sinais de retenção placentária e dificuldade de expulsão da placenta.
- Realizar massagem uterina e monitorar tônus uterino.
- Explicar procedimentos e riscos envolvidos.
- Monitorar tônus uterino e realizar massagem uterina conforme prescrição.
- Oferecer suporte emocional à gestante e familiares.
- Explicar procedimentos e riscos envolvidos, reduzindo ansiedade.
- Avaliar estado de consciência e sinais de choque secundário à hemorragia.
- Administrar uterotônicos conforme prescrição médica.
- Promover ambiente de respeito e privacidade.
- Monitorar efeitos adversos da medicação (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2020; Conselho Federal de Enfermagem, 2021).

A construção deste Protocolo de Enfermagem para o Primeiro Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas em Territórios Indígenas no Amazonas reafirma o compromisso ético, científico e cultural da enfermagem com a proteção da vida materna e neonatal nos territórios indígenas amazônicos. Sua elaboração, fundamentada na Pesquisa Convergente Assistencial, deriva da prática cotidiana dos enfermeiros que atuam no DSEI Manaus e da compreensão profunda das singularidades socioculturais que estruturam o cuidado à gestante indígena.

No contexto amazônico, marcado por grandes distâncias geográficas, desafios logísticos e vulnerabilidades históricas que intensificam o risco obstétrico, o enfermeiro assume papel central na linha de frente, sendo frequentemente o primeiro — e, em alguns cenários, o único — profissional com capacidade técnica para reconhecer agravos, estabilizar pacientes e viabilizar fluxos seguros de remoção. Esse protagonismo exige instrumentos que garantam padronização, respaldo ético-legal e sensibilidade intercultural, princípios que orientam a construção deste Protocolo.

O documento integra conhecimentos científicos atualizados, sistemas de linguagem padronizada (NANDA-I e NIC), fluxos clínicos adaptados ao contexto indígena e diretrizes de segurança materna, sempre respeitando valores, tradições, cosmologias e modos próprios de cuidado de cada povo. Ao incorporar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, reafirma-se que a qualidade no cuidado obstétrico depende, necessariamente, da competência cultural de quem assiste.

Este Protocolo contribui para:

- Qualificação da assistência emergencial obstétrica nas aldeias e Polos-Base;
- Fortalecimento da autonomia técnica do enfermeiro, em conformidade com a legislação profissional;
- Redução de riscos e prevenção de mortes maternas e perinatais evitáveis;
- Valorização e integração dos saberes tradicionais com



práticas biomédicas seguras;

- Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Indígena e ampliação do diálogo entre território e serviços de referência.

Mais do que um instrumento técnico, este Protocolo representa um pacto de cuidado: um compromisso coletivo com a defesa dos direitos reprodutivos das mulheres indígenas e com a garantia de uma assistência digna, humanizada e coerente com os princípios do SUS e da PNASPI.

Que este documento sirva como referência para a prática cotidiana, oriente decisões em situações críticas e inspire novas pesquisas e inovações em saúde materna indígena. Que se mantenha vivo, sendo continuamente revisitado, aperfeiçoado e ampliado à luz das experiências, narrativas e necessidades das mulheres indígenas do Amazonas.

REFERÊNCIAS

ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. Obstetrics & Gynecology, 2017; 130(4): e168–e186.

ADÃO, Rodrigo de Souza; SANTOS, Maria Regina dos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. REME: Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 601–608, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Iniciativa alia plataforma digital e conhecimento em saúde indígena... Agência Gov, 28 jul. 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Diário Oficial da União, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção às Urgências e Emergências no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção às Urgências e Emergências Obstétricas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Protocolo de Atenção à Saúde das Mulheres Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Nota Técnica nº 24/2025-MAO/DIASI/MAO/DSEI/SESAI/MS. Manaus, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Nota Técnica nº 29/2025-MAO/DIASI/MAO/DSEI/SESAI/MS. Manaus, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta... Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Diário Oficial da União, 2011.

Braun, V.; Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101, 2006.

Bruns, Rafael. O que é prolapso de cordão umbilical? Fetalmed, [s. d.].

Bulechek, G. et al. Nursing Interventions Classification (NIC). 8ª ed. Elsevier, 2020.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

CARRET, Maria Lúcia Vaz; FASSA, Anaclaudia Gastal; DOMINGUES, Marlos Rodrigues. Uso inadequado de serviços de emergência: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, 25(1), 7-28, 2009.

CENTER FOR PLACENTA ACCRETA SPECTRUM. Stony Brook Medicine, 2025.

COFEN. Resolução nº 736/2024. Brasília, 2024.

GARRAFA, V. et al. Mortalidade materna em mulheres indígenas no Brasil, 2015-2021. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 24(2), 1-15, 2024.



HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo (org.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. 13ª ed. Artmed, 2024.

Horta, W. A. Processo de Enfermagem. EPU, 1979.

IBGE. Censo Demográfico 2022: população indígena e quilombola. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

Leininger, M. Culture Care Theory: A major contribution... Journal of Transcultural Nursing, 13(3), 189–192, 2002.

Leininger, M.; McFarland, M. Culture Care Diversity and Universality. 2ª ed. Jones & Bartlett, 2006.

Leininger, M. Culture Care Diversity and Universality. 2nd ed., 2002.

Lynn, M. R. Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35(6), 382–385, 1986.

MANUAL MSD. Inversión uterina. MSD Manuals. Acesso em 2025.

Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. Hucitec, 2014.

Minayo, M. C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Vozes, 2021.

MISSÃO EVANGÉLICA CAIUÁ. Relatório de atividades dos serviços de saúde indígena. Dourados, 2023.

MOLDENHAUER, Julie S. Distocia de ombro. Manual MSD, 2024–2025.

OMS — Organização Mundial da Saúde. Trends in Maternal Mortality: 2000–2020. Geneva: WHO, 2022.

ONG Prematuridade.com. Tudo sobre descolamento prematuro de placenta. 2023.

PAIVA, C. H. A. et al. Assistência pré-natal em populações indígenas da Amazônia brasileira. Cadernos de Saúde Pública, 33(8), 2017.

Polit, D. F.; Beck, C. T. Fundamentals of Nursing Research. Lippincott, 2011.

Ramos, D. D. et al. Cuidado obstétrico e interculturalidade na saúde indígena. Revista Brasileira de Enfermagem, 74(Suppl 1), e20200810, 2021.



REZENDE, J. Obstetrícia Fundamental. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Obstetrícia Fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

ROCHA, Esron Soares Carvalho. Uma etnografia das práticas sanitárias no DSEI Rio Negro. Dissertação (Mestrado) – UFAM, 2008.

Rocha, E. M.; Prado, M. L.; Silva, R. M. Pesquisa convergente-assistencial. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20(1), 2012.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. Revista Bioética, 17(1), 41–53, 2009.

SESAI. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portal institucional. Acesso em 2025.

SESAI. Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Manaus 2024–2027. 2025.

SILVA, Maria Fernanda Bandeira da et al. Protocolos de urgências obstétricas... Revista Caribeña de Ciencias Sociales, 14(2), 2025.

Trentini, M.; Paim, L.; Silva, D. M. G. V. Pesquisa Convergente Assistencial. 3ª ed. Moriá, 2014; 2023.

WYCKOFF, M. H. et al. Neonatal Resuscitation: 2020 AHA Guidelines. Circulation, v. 142, 2020.

ANEXO

Anexo 1. Formulário de Encaminhamento situação de Urgência e Emergência Obstétrica.

DADOS PESSOAIS	
Nome da parturiente: _____	Data de nascimento: _____
Nome acompanhante: _____	Nome do Bebê/ Sexo: _____
Profissional responsável (Nome/Coren): _____	
Idioma, _____	compreensão da _____ paciente:
Data e horário da transferência: ____/____/____ às ____:____ Unidade de Saúde _____	
Transferência ocorre intraparto: Sim () Não ()	
HISTÓRICO	
GP _____ C _____ A _____	
DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ IG: ____s ____d () DUM () USG Alergias: _____	
Comorbidades: _____	
Práticas culturais ou tradicionais relacionadas à gestação/parto: _____	
Histórico de medicações durante a gravidez: _____	
AVALIAÇÃO MAIS RECENTE	
Horário: ____:____ DU: ____:____ BCF: _____ bpm Dilatação: _____ cm Apagamento: ____% Plano de De Lee: _____	
Bolsa rota: () não () sim Data ____/____/____ Hora: ____:____ LA: () claro () mec fluido () mec espesso Sinais Vitais PA: _____x____mmHg Temp: ____°C FC: ____bpm FR: ____ipm SpO2: ____%	
SE TRANSFERÊNCIA PÓS-PARTO:	
Data e hora do nascimento: ____/____/____:____ RN Sexo: () Feminino () Masculino Ocitocina IM 10 UI pós parto: () sim () não. Sangramento pós-parto: () normal () alterado Conduta: _____	
Laceração: () não () sim Se sim, grau: _____ Sutura: () não () sim. Delivramento: () não () sim Hora ____:____ () B. Schultze () B. Duncan	
Exames de pré-natal encaminhados juntamente à paciente: () Sim () Não DNV entregue: Sim () Não () N° _____	
Informações sobre o RN (vide documentos específicos)	
RESUMO DA SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	
Descrever: _____	
Considerações transculturais: _____ (ex.: como as crenças culturais influenciaram a situação de urgência, comunicação com familiares, uso de práticas tradicionais)	
ESTABILIZAÇÃO	
Descrever: _____	
Transferência realizada em _____ uso de: _____	
Anotações relevantes: _____ adicionais _____	
PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO SOLICITADO	
Data de admissão: ____/____/____ Horário admissão: ____:____	
Profissional que admitiu paciente no serviço (nome + assinatura + carimbo): Observações da (o) profissional que admitiu no serviço: _____	
Assinatura e carimbo da Profissional Responsável: _____	

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

em territórios indígenas
do Amazonas

