



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO
(Es Apl Sv Sau Ex / 1910)**

1º Ten Alu MARINA BARBOSA DANTAS TEIXEIRA

**A logística da assistência ao trabalho de parto na região amazônica:
questões relevantes ao Exército Brasileiro**

**RIO DE JANEIRO
2021**

1º Ten Alu MARINA BARBOSA DANTAS **TEIXEIRA**

**A logística da assistência ao trabalho de parto na região amazônica:
questões relevantes ao Exército Brasileiro**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde do Exército,
como requisito parcial para aprovação no
Curso de Especialização em Aplicações
Complementares às Ciências Militares.

Orientador(a): Alessandra Vieira

**RIO DE JANEIRO
2021**

CATALOGAÇÃO NA FONTE
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO/BIBLIOTECA OSWALDO CRUZ

D192I Teixeira, Marina Barbosa Dantas
A logística da assistência ao trabalho de parto na região amazônica:
questões relevantes ao Exército Brasileiro/ Marina Barbosa Dantas Teixeira,
2021
29f.

Orientadora: Ten Alessandra Vieira

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, 2021.

Referências: f. 24-25

1. FRONTEIRA AMAZÔNICA. 2. TRABALHO DE PARTO. 3. PRÉ-NATAL.
- I. Vieira, Alessandra (Orientadora) II. A logística da assistência ao trabalho de parto na região amazônica: questões relevantes ao Exército Brasileiro

CDD 616.0252

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

1º Ten Alu Marina Barbosa Dantas Teixeira

**A logística da assistência ao trabalho de parto na região amazônica:
questões relevantes ao Exército Brasileiro**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde do Exército,
como requisito parcial para aprovação no
Curso de Especialização em Aplicações
Complementares às Ciências Militares.

Orientador(a): Alessandra Vieira

Aprovada em 12 de novembro de 2021.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Alessandra Vieira
Orientador(a)

Otávio Augusto Brioschi Soares
Avaliador(a)

Fernanda V. C. Orlandini
Avaliador(a)

*Dedico ao meu avô, Natanael,
que em vida foi exemplo de coragem,
força, bravura e
Amor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser Pai zeloso, que ainda quando eu nem pudesse ter consciência, determinou todos os meus dias, e destinou que hoje eu estivesse trilhando o caminho do Exército.

Ao meu esposo que me apoia nos meus sonhos e acredita em mim, a ele que é a personificação do cuidado do Senhor.

Agradeço à minha mãe que não poupou esforços para me instruir, e me ensinou a ser a mulher que sou hoje.

Ao meu pai, que em 1988 também cursou a Escola de Saúde do Exército e me encorajou a trilhar o mesmo caminho.

Ao meu irmão que se preocupa como um pai, que é carinhoso e cuida de mim como sempre cuidou, mesmo que muitas vezes em oração.

A minha cunhada, Letícia, mulher de fé, piedosa, que participou ativamente com orações que certamente foram ouvidas.

À minha avó, Edir, que é exemplo de coragem, e sempre mostrou a força que uma mulher pode ter mesmo em meio as adversidades, por mostrar que inteligência e sabedoria nos trazem conforto e tranquilidade com os anos.

Ao meu avô, Natanael, que não está mais entre nós, por ser a pessoa mais carinhosa, bondosa, e correta que eu pude conhecer. Por todos os ensinamentos, por ser exemplo de servo de Deus, e exemplo de tudo de bom que há de se imitar na terra.

A minha grande amiga, Jéssica, que vibra com cada conquista desde 2007, e que com o passar dos anos me ensinou a reconhecer uma verdadeira amizade, e o valor da lealdade.

Ao meu sogro, Cláudio, e minha sogra, Valéria, que me tratam como filha e aconselham em inúmeras decisões.

Aos meus cunhados, Vinícius e Igor, com estímulo nas corridas e me estimularam a conseguir ultrapassar meus limites na prova física do concurso.

À minha igreja por cada oração.

Ao pequeno grupo da UMP que orou e vibrou com cada aprovação.

À célula dos Laranjeiras que alegrou meus dias, me aproximou de Deus e me mostrou que Ele está presente me ensinando, moldando, me tornando forte, e me mostrando o caminho em devo andar. Pelas canções entoadas que certamente foram escolhidas por

Ele para acalantar meu coração, me dar ânimo e coragem para enfrentar os desafios. Por ter sido instrumento utilizado para mostrar que Deus responde orações, e não nos deixa sós.

Aos meus amigos que viajam todo domingo comigo de volta à Escola de Saúde, pelas risadas, descontração, presença e apoio.

Às amigas do quarto Alfa, pela disposição, proatividade em ajudar a qualquer momento.

“Não to mandei eu? Sê forte e corajoso;
não temas, nem te espantes,
porque o Senhor, teu Deus,
é contigo por onde quer que andares.”

Josué 1:9

(Bíblia sagrada – versão Almeida revista e atualizada)

RESUMO

A fronteira amazônica é uma região de grande importância e com grande atuação do exército brasileiro. A escassa rede de rodovias somada ao tamanho da bacia hidrográfica tornou o transporte hidroviário o mais utilizado, inclusive para evacuação de pacientes. Sendo assim, surge a necessidade de estabelecer meios de melhorar a assistência para gestantes no 3º trimestre de gestação e em trabalho de parto. Para a análise foram utilizados dados das bases indexadoras SciElo, Lilacs, PubMed, e EB Conhecer. São necessários estudos e conhecimentos sobre gestação, sinais de trabalho de parto e acompanhamento adequado, bem como também são escassas as informações sobre evacuação de gestantes em áreas remotas e o momento ideal da evacuação deste nicho de pacientes.

Palavras-chave: Fronteira amazônica, trabalho de parto, pré-natal.

ABSTRACT

The Amazon border is a region of great importance and with great performance of the Brazilian army. The sparse network of highways added to the size of the watershed made waterway transport the most used, including for the evacuation of patients. Thus, there is a need to establish ways to improve care for pregnant women in the 3rd trimester of pregnancy and in labor. For the analysis, data were used from the Indexing databases SciELO, Lilacs, PubMed, and EB Conhecer. Studies and knowledge about pregnancy, signs of labor and adequate follow-up are needed, as well as scarce information on the evacuation of pregnant women in remote areas and the ideal time of evacuation of this niche of patients.

Keywords: Amazon frontier, labor, prenatal care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Bacia hidrográfica amazônica.....	15
Figura 2 – Tempo de viagem das embarcações na rota Manaus- Tabatinga.....	15
Figura 3 – Sequência da dilatação do colo do útero em primíparas em multíparas...	17
Figura 4 – Folha do partograma.....	18
Figura 5 – Tração controlada de cordão e retificação do útero.....	21
Figura 6 – Massagem uterina bimanual no controle de hemorragia pós-parto.....	22

LISTA DE ANEXOS

Anexo I.....	24
Anexo II.....	25

SUMÁRIO

1	Introdução.....	12
2	Metodologia.....	14
3	Desenvolvimento.....	15
3.1	Eixo Solimões e assistência pré-natal.....	15
3.2	Sinais de trabalho de parto e sua evolução: utilização do partograma....	16
3.3	Situações de alerta para evacuação de pacientes previamente ao trabalho de parto.....	19
3.3.1	Pré-eclâmpsia.....	19
3.3.2	Hemorragias.....	19
3.3.3	Infecções Puerperais.....	23
4	Conclusão.....	23
5	Referências.....	24
	Anexos.....	26

A logística da assistência ao trabalho de parto na região amazônica: questões relevantes ao Exército Brasileiro

Marina Barbosa Dantas Teixeira¹
Alessandra Vieira²

1.INTRODUÇÃO

A região de fronteira amazônica possui escassa rede de rodovias, porém, detém a maior bacia hidrográfica do mundo, tornando a deficiência do transporte terrestre suprida pelas extensas vias fluviais. A bacia amazônica é dividida em Bacia Amazônica Oriental e Bacia Amazônica Ocidental com 1.500.000 km² de extensão, esta última, abrange a rede fluvial do Solimões, a qual terá enfoque nesse trabalho (TEIXEIRA, 2006; DAVID, 2010).

O Rio Solimões é o principal rio da bacia do alto Amazonas e a extensão total, considerando as cidades de Manaus e Tabatinga, é de 1605 km. Este rio tem boa navegabilidade devido a seus períodos de cheias. A rede fluvial do Solimões compreende a cidade fronteiriça de Tabatinga-AM, que ganhou maior importância na com a instalação de base militar do Exército na década de 60 e pouco tempo depois com a implantação de porto, aeroporto e rede bancária (TEIXEIRA, 2006; DAVID, 2010; CAMPOS, 2017).

Essa ausência de rodovias e os extensos trajetos das hidrovias traz a necessidade de avaliar qual o momento ideal de remoção de gestantes no terceiro trimestre de gravidez e em trabalho de parto, de forma segura, visando o bem estar materno-fetal, sem antecipar o parto desnecessariamente. Para tal, a necessidade de melhor assistência pré-natal para fim de orientações se torna essencial. Sabe-se que o acompanhamento adequado é fator de proteção para a gestante. Com o acompanhamento adequado a gestante passa a ter conhecimento de alterações fisiológicas da gravidez ou alterações que sugerem risco, o que é um dos condicionantes

¹ 1º TEN AL MÉDICA, ginecologista e obstetra, Escola de Saúde do Exército, e-mail: marina.bdantasmed@gmail.com

² 1º TEN MÉDICA, radiologista, Escola de Saúde do Exército

para a redução da mortalidade materna e fetal (DOTTO et al, 2008; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Primariamente, os critérios diagnósticos de trabalho de parto devem ser esclarecidos para a gestante, a fim de mesma identificar o momento de buscar atendimento hospitalar e a equipe de saúde deve estar preparada para tal diagnóstico, na ausência de obstetra na unidade da região (BRÜGGEMANN & PARPINELLI, 2005).

E, para acompanhamento de evolução e prognóstico do trabalho de parto, o partograma é um instrumento ideal para ser utilizado em zonas de poucos recursos, pois o mesmo protege os profissionais de saúde e a parturiente contra eventos adversos. Através dele, é possível observar detalhadamente a evolução do parto e sinais de alerta, pois nele constam a dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a infusão de líquido e a analgesia utilizada, deixando claro ao profissional que acompanha a parturiente, se o parto progride bem ou se necessita de alguma intervenção, como por exemplo, a cesariana. Em situações que se exige um manejo mais rápido, é necessário prever os eventos adversos para então encaminhar a gestante para uma unidade de saúde mais adequada para o desfecho final (ROCHA, 2009; VASCONCELOS, 2013; BRÜGGEMANN & PARPINELLI, 2005).

Considerando que as travessias de rios são longas, muitas viagens com duração de horas, e até dias, o pré-natal adequado e o partograma tornam-se essenciais para identificar o momento ideal para referenciar a paciente para a unidade especializada mais próxima (TEIXEIRA, 2006; ROCHA, 2009; BRASIL, 2006).

O planejamento de ações determina a qualidade do atendimento às parturientes, e evitam altas taxas de mortalidade materna. As doenças hipertensivas e hemorragias tem predominância dentre as causas obstétricas de morte (VIEIRA & STEFFENS, 2015).

Alguns fatores contribuem de forma significativa para a morte materna, dentre eles, parto por cesariana, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, retardo no diagnóstico de complicações e doenças e falha no tratamento, além da falta de habilitação profissional no atendimento à gestante (VIEIRA & STEFFENS, 2015).

É de suma importância garantir qualidade de assistência tanto no período gravídico quanto puerperal (VIEIRA & STEFFENS, 2015).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, e foram eleitos artigos, documentos e trabalhos científicos entre o ano de 2005 e 2020, sendo importante ressaltar a escassez de estudos voltados para as regiões fronteiriças sobre assistência ao parto e evacuação de pacientes.

A análise foi feita verificando as condições geográficas da região da fronteira amazônica, focada na cidade de Tabatinga- AM e arredores e visa contribuir para um melhor atendimento pré-natal e melhor assistência ao parto, além da predição de eventos que necessitem evacuação imediata de pacientes com gestação de risco habitual e alto risco obstétrico.

Foram utilizadas as bases indexadoras SciElo, Lilacs, PubMed e EB conhecer.

As palavras-chave utilizadas foram: Parto, Fronteira amazônica, partograma, transporte fluvial e hidrovias (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006).

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. Eixo Solimões e assistência pré-natal

A bacia amazônica compreende uma extensa área na região norte como evidenciado na figura 1, além de possuir excelente navegabilidade devido aos períodos de cheias, por esse motivo a rede de transporte hidroviário cumpre o papel de transporte, porém é insuficiente em tempo e riscos durante o trajeto.

O rio Solimões possui águas barrentas e velozes, além do risco de choque com troncos submersos o tempo longo de viagem torna dificultoso a procura por atendimento médico, por exemplo, em média o tempo de viagem do trajeto Tabatinga-Manaus é de até setenta e duas horas feito por barcos tradicionais, como mostra a figura 2, já que há poucas unidades das lanchas equipadas, como as ambulâncias do Exército, as conhecidas como “ambulanchas” (DAVID, 2010; BRASIL, MINISTERIO DA DEFESA, 2008; TAMBUCCI, 2014).

Essas dificuldades de transporte geram a necessidade, portanto, de se contar com atenção pré-natal de qualidade. Através dele é possível acolher a gestante em todas as fases da gravidez e garantir que não haja intervenções desnecessárias, ou melhor, que

se necessárias intervenções sejam realizadas no momento adequado, garantindo que não ocorram intercorrências no trajeto de transferência para o hospital especializado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006).

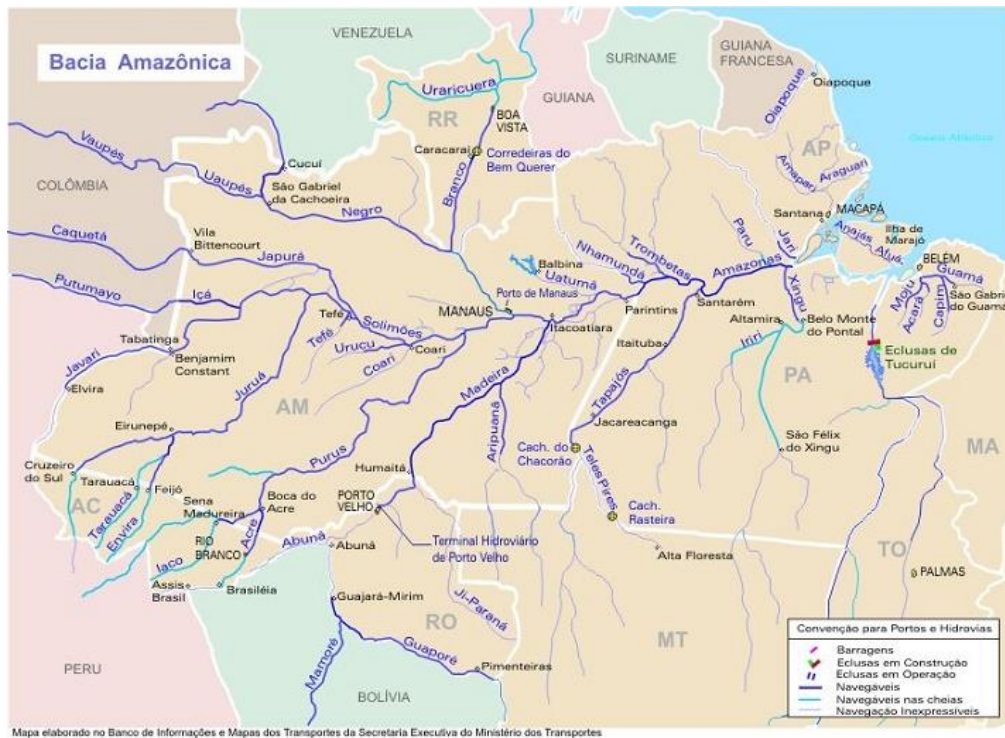


Figura 1: Bacia hidrográfica amazônica

Fonte: <http://web.antaq.gov.br/portaltv3/PNIH/BaciaAmazonica.pdf>

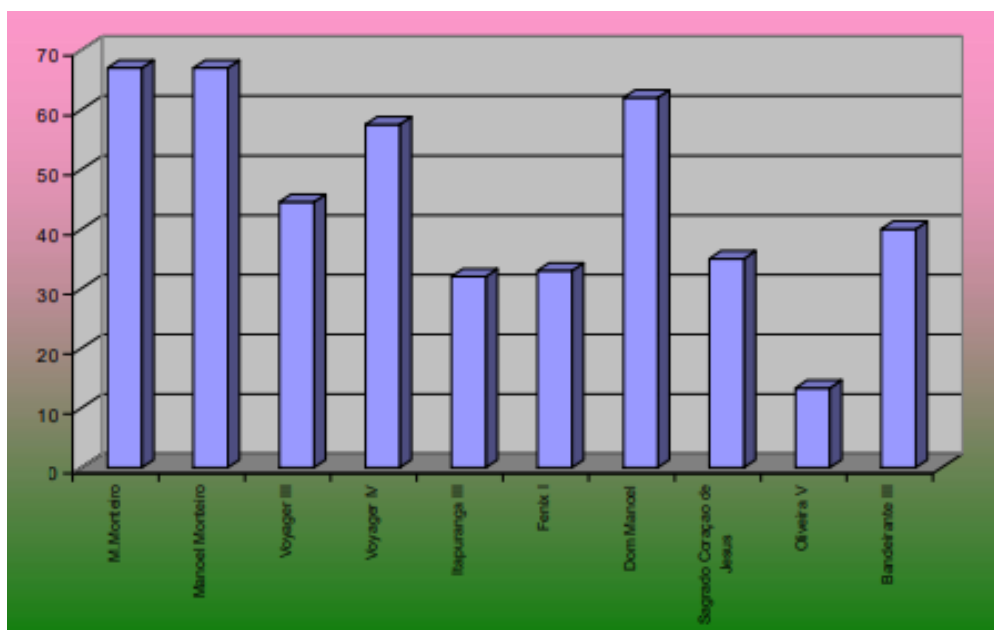


Figura 2: Tempo de viagem das embarcações na rota Manaus-Tabatinga

Fonte: Transporte Hidroviário e Construção Naval na Amazônia: Diagnóstico e

Proposição para o desenvolvimento Sustentável, 3º Relatório Thecna, 2007.

Sabe-se que o Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT) atua com assistência ao parto além de realizar exames de pré-natal, porém boa parte dos atendimentos iniciais são realizados em unidades básicas de saúde do SUS ou pelo médico militar sem especialidade alocado para assistir a família militar em batalhões mais distantes do centro, que com conhecimento realiza acompanhamento gestacional de alta qualidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O momento mais crítico da gestação é no terceiro trimestre pois as queixas de dor se intensificam, devido às alterações fisiológicas da gravidez, e junto dela a ansiedade da gestante. E, cabe ao médico orientar de forma clara sobre as alterações da gravidez, sobre a evolução da gestação, sinais de trabalho de parto como contrações uterinas e rotura da bolsa das águas. Principalmente, para a gestante entender as alterações do próprio corpo e saber em qual momento deve se dirigir ao hospital. Em se tratando de uma das regiões do Brasil com menor número de médicos por habitantes, a boa orientação é de grande valia para mesma não buscar atendimento tardio (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; FÉLIX, 2019).

3.2. Sinais de trabalho de parto e sua evolução: utilização do partograma

Primeiramente, uma gestação é considerada a termo de trinta e sete a quarenta e uma semanas, nesse período deve ocorrer o trabalho de parto. Algumas alterações antecedem o trabalho de parto, como a eliminação do tampão mucoso, outras indicam a necessidade de internação hospitalar previamente, como a rotura da bolsa amniótica. Para o diagnóstico de trabalho de parto devem acontecer de duas a três contrações a cada dez minutos, cada uma com duração de até sessenta segundos, cuja intensidade aumenta gradativamente, não há melhora da dor, e conseqüentemente ocorre a dilatação do colo uterino (Figura 3). Já as contrações de preparação, que se iniciam no terceiro trimestre, as chamadas Braxton-Hicks, são arrítmicas, que facilmente melhoram em repouso ou sob uso de analgesia comum (Anexo I). É importante que o profissional de saúde oriente a gestante sobre esses sinais, a fim de evitar a procura precipitada pela internação e conseqüentemente evitar intervenções desnecessárias e para encaminhá-la no momento ideal para o hospital de referência (FÉLIX, 2019).



Figura 3: Sequência da dilatação e apagamento do colo do útero em 1primíparas e em multíparas.

Fonte: <http://auxiliardasaude.blogspot.com/2012/10/621-o-primeiro-periodo-do-trabalho-de.html>

Uma excelente ferramenta de condução de trabalho de parto é o partograma (Figura 4). Uma vez feito o diagnóstico do trabalho de parto ativo, esse instrumento é um recurso visual para avaliar de forma clara e facilitada a dilatação do colo uterino juntamente com a descida da apresentação fetal (ROCHA, 2009).

O partograma possui duas linhas inclinadas no quadro de acompanhamento de dilatação uterina e descida da apresentação fetal, a linha de alerta e a linha de ação. À medida que as horas se passam, é possível avaliar se a gestante necessita de alguma intervenção, desde estimular a deambulação, quanto fornecer banho morno, massagens, amniotomia ou infusão em bomba de ocitocina (ROCHA, 2009; VASCONCELOS,2013).

Além de registrar todos esses dados, o partograma também registra os batimentos cardio-fetais e os horários de cada avaliação. Devido à quantidade de informações nele contida é um excelente indicador da qualidade da assistência ao parto (ROCHA, 2009; VASCONCELOS,2013).

E, enquanto preditor de mau prognóstico, essa ferramenta também é eficiente. Por exemplo, uma vez diagnosticado o trabalho de parto, e após algumas horas se houver parada de dilatação ou de descida da apresentação, ou seja, notar-se que a linha de ação foi ultrapassada, devem-se instaurar medidas de ação e encaminhar para o centro obstétrico, se no caso, esse acompanhamento estiver ocorrendo em uma unidade

básica de saúde (ROCHA, 2009; VASCONCELOS,2013).

PARTOGRAMA

NOME:.....IDADE:.....

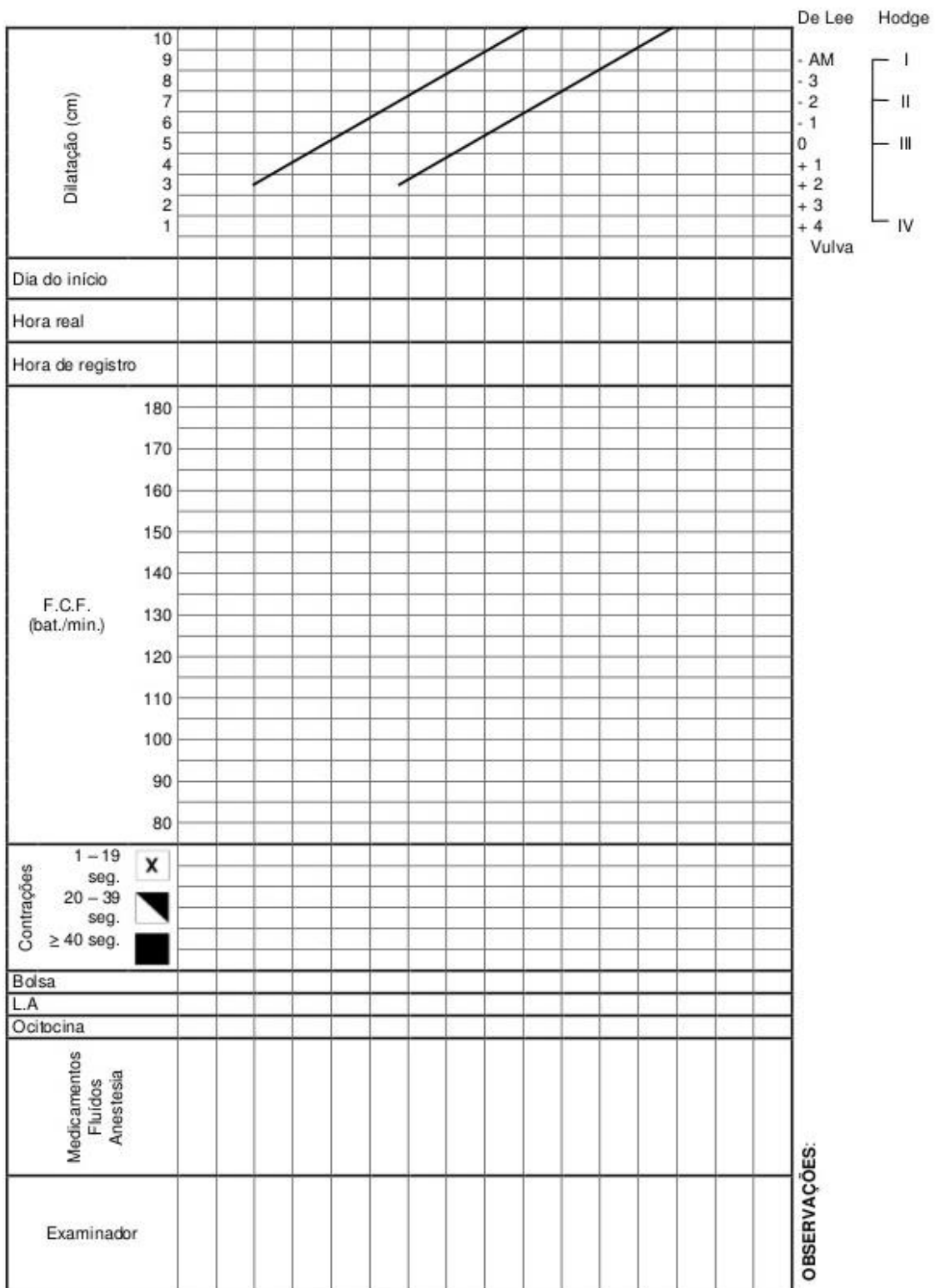


Figura 4: Folha do Partograma

Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/70298466/folha-do-partograma>

3.3. Situações de alerta para evacuação de pacientes previamente ao trabalho de parto

No Brasil região com maior índice de óbito materno é a norte, e dentre as causam se destacam a hipertensão, hemorragias e infecções puerperais. Nota-se que são causas evitáveis, e nesse caso é necessário identificar o que poderia fazer para se evitar, começando pelo diagnóstico (DA CRUZ CASTRO & DE SOUZA RAMOS, 2016; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3.3.1. Pré-eclâmpsia

É uma síndrome hipertensiva específica do ciclo gravídico-puerperal cursa com alteração pressórica (Pressão sistólica maior que 140mmHg e pressão diastólica maior que 90 mmHg), proteinúria urinária maior que 300mg/24h iniciando-se após 20 semanas de gestação. A mortalidade materna na pré-eclâmpsia é alta. A doença representa a principal causa de morte materna no mundo. Se não solucionada a gestação o quadro pode evoluir para eclâmpsia, quadro caracterizado por convulsões tônico-clônicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006).

Podemos considerar uma emergência se houver alteração pressórica associada a sintomas neurológicos, como cefaléia, escotomas visuais. Recomendação é reduzir a pressão arterial de forma discreta e encaminhar para o centro de referência para resolução da gravidez (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006).

A conduta terapêutica visa a estabilização da paciente, controle da alteração pressórica, avaliação da diurese, vitalidade fetal, e acompanhamento dos exames laboratoriais, corticoterapia para maturidade pulmonar fetal e interrupção da gestação. Se gravidez com mais de 37 semanas deve-se optar com interrupção da gestação após estabilização do quadro materno, se menos que 37 semanas deve-se aguardar a maturação pulmonar fetal para interrupção. E, resolução da gravidez imediata se comprometimento do bem-estar fetal (VIEIRA & STTEFENS, 2015).

3.3.2. Hemorragias

Dentre as causas de hemorragias o descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma situação temida, pois é responsável por alto índice de perda materno-fetal. O principal fator determinante é a hipertensão arterial, correspondendo a maioria dos casos, e tabagismo, uso de drogas, raça negra, história prévia de DPP, amniorrexe prematura, polidrâmnio, gemelidade, diabetes melito. O quadro clínico consiste em aumento do tônus uterino associado a sangramento vaginal vermelho vivo, nota-se bradicardia fetal devido ao descolamento abrupto da placenta (BOTELHO et al, 2019)

Uma vez diagnosticado o DPP deve-se encaminhar urgentemente ao centro obstétrico mais próximo, para resolução da gravidez (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O descolamento prematuro da placenta pode estar associado a complicações maternas e neonatais, dentre as maternas: choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada, histerectomia e morte; e neonatais: morte e prematuridade (BOTELHO et al, 2019).

Outra situação relevante é a hemorragia pós-parto, que ocorre em mulheres sem fatores de risco evidentes, quadro que muitas vezes necessita de hemotransfusão e histerectomia. Estima-se que seja responsável por cerca de 25% das mortes maternas no mundo, e no Brasil é a segunda causa de morte materna, atrás apenas das síndromes hipertensivas gestacionais. Considera-se hemorragia pós-parto quando há perda sanguínea maior que 500ml após parto vaginal ou acima de 1000ml nas cesarianas em até vinte e quatro horas. Destacam-se como causa de hemorragia pós-parto a atonia uterina, traumas no canal do parto, como lacerações, hematomas ou rotura uterina, e retenção placentária (OSANAN et al, 2021).

Para diagnóstico da hemorragia pós-parto é importante estimar a perda sanguínea através de avaliação visual, quantitativa, laboratorial e clínica, sendo a última mais importante. A avaliação visual, apesar de ser subjetiva é o método mais utilizado no mundo devido ao baixo custo e sua fácil aplicabilidade, não depende de especialidade ou experiência profissional para ser realizada, basta a observação de grande volume de perda sanguínea, em alta velocidade, e uma vez identificada a hemorragia o tratamento já deve ser instaurado (OSANAN et al, 2021).

O método quantitativo exige maior treinamento e conhecimento da equipe, já que necessita da pesagem de elementos têxteis embebidos de sangue durante a

cesariana ou parto. Estima-se que 1g de peso corresponde a aproximadamente 1ml de sangue (OSANAN et al, 2021).

Outra forma de estimar a perda sanguínea é através de exames laboratoriais. A avaliação das taxas de hemoglobina e hematócrito é frequentemente utilizada embora não sejam de boa avaliação de hemorragias agudas, visto que seus valores caem apenas após cerca de 2 horas após o sangramento. O Fibrinogênio é de grande valia visto que a hipofibrinogemia ocorre precocemente nas hemorragias pós-parto, porém em inúmeros serviços não se encontra disponível para análise (OSANAN et al, 2021).

A clínica se mantém soberana, apesar de receber auxílio de outros métodos já citados. A avaliação de sinais e sintomas podem definir a gravidade da hemorragia. Alguns sinais vitais encontram-se alterados de acordo com o tempo e severidade da hemorragia, dentre os quais se destacam a presença de taquicardia, dispnéia, hipotensão arterial, alteração do nível de consciência, e oligúria (OSANAN et al, 2021).

A atonia uterina, um exemplo de causa de hemorragia pós-parto, ocorre em cerca de 70% dos casos de hemorragia pós-parto e consiste na perda de contratilidade uterina no período de pós-parto, devido à fatores de risco como, macrosomia fetal, período expulsivo prolongado, cesariana prévia. O quadro cursa com atonia uterina associada a sangramento vaginal volumoso, mucosas hipocoradas, taquicardia (BRAZ,2020).

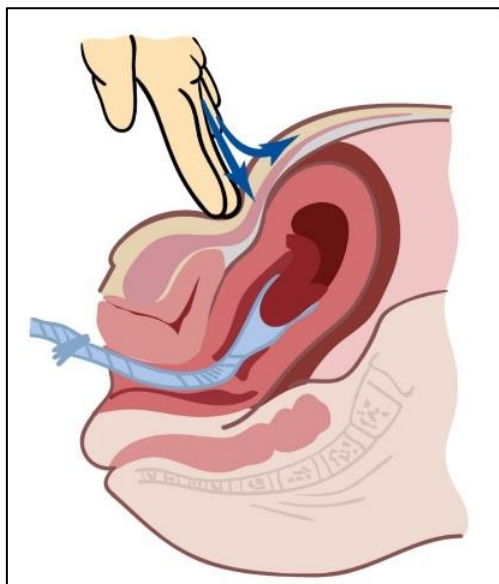


Figura 5: Tração controlada de cordão e retificação do útero

Fonte: Adaptada de Anderson e Duncan (2007).

Caso o parto ocorra em unidades básicas, é essencial que o generalista saiba quais medidas de prevenção adotar, que inclui a administração rotineira de Ocitocina 10 UI, por via intramuscular, quando disponível ou a utilização de outros uterotônicos como ergotamina ou metilergonovina, segundo a Organização Mundial de Saúde, medida associada a uma tração controlada de cordão (Figura 5). Idealmente a puérpera deve ter seu tônus uterino avaliado a cada 15 minutos durante as primeiras duas horas pós-parto. E, identificada a hemorragia o clínico deve ter conhecimento de quais medidas emergenciais adotar, como instaurar dois acessos venosos calibrosos, com infusão de dois litros de solução cristalóide, ocitocina intravenosa associada com massagem uterina bimanual, frequentemente utilizada para reduzir temporariamente o sangramento enquanto se aguarda auxílio e instauração de outras medidas terapêuticas (Figura 6). Caso não se reverta quadro, há mais uma sequência de medicações a serem adotadas: Metilergonovina, Transamin, e Misoprostol retal, respectivamente. Porém, é imprescindível que a gestante seja encaminhada o quanto antes para unidade de referência (BRAZ,2020; MILANEZ, 2019)

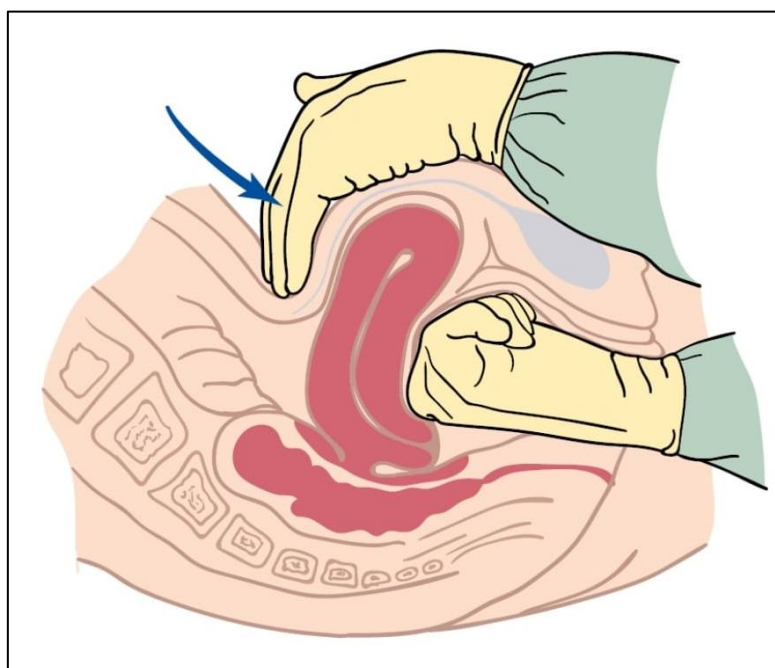


Figura 6: massagem bimanual uterina no controle de hemorragia pós-parto

Fonte: Adaptada de Anderson e Duncan (2007).

3.3.3. Infecções puerperais

A endometrite é a infecção puerperal mais comum e a terceira maior causa de mortalidade materna. Os fatores de risco incluem: cesariana, rotura de membranas ovulares por mais de 18 horas, trabalho de parto prolongado, múltiplos exames de toque vaginal, parto vaginal instrumentado, parto prematuro, vaginose bacteriana, extração manual da placenta, infecções do trato urinário, corioamnionite, entre outros. Surge na colonização da ferida placentária por bactérias anaeróbias e aeróbias. O quadro clínico consiste em febre superior a 38 °C, dor abdominal e útero involuído, taquicardia, lóquios purulento associado a odor fétido. No geral o esquema antimicrobiano é resolutivo, sendo o padrão de primeira escolha a gentamicina e clindamicina. Em alguns casos opta-se por, agregado ao tratamento antimicrobiano realizar a curetagem uterina para retirar o foco infectado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que os fatores mais importantes para garantir uma boa assistência ao trabalho de parto é manter as pacientes bem orientadas, informadas sobre as alterações fisiológicas da gravidez.

A escassez de estudos relacionados à remoção de gestantes em emergências obstétricas na região fronteira evidencia uma lacuna no conhecimento sobre a assistência a gestantes, bem como a associação de poucos recursos de transporte rápido podem juntos sugerir o porquê a região Norte do Brasil é a com maior taxa de mortalidade materna, incluindo mortes por causas evitáveis. É necessário conhecimento para realizar medidas preventivas, além de diagnóstico adequado de intercorrências obstétricas. Algumas ações são de suma importância para reduzir taxas de mortalidade materna. O tratamento deve ser rápido e focado, e é necessário identificar o momento oportuno de acionar meios de evacuação da paciente para centros obstétricos de referência, e melhor atender a família militar nas zonas mais remotas do Brasil onde a cobertura do Sistema Único de Saúde é precária.

5. REFERÊNCIAS

TEIXEIRA, Monique Delgado Meireles. **Influência dos parâmetros geomorfológicos e hidráulicos na navegabilidade fluvial**. 2006.

DAVID, Robert Carvalho de Azevedo et al. **As dinâmicas do transporte fluvial de passageiros no Estado do Amazonas**. 2010.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais. Brasília, 2010.

CAMPOS, César Diogo de. **Transporte logístico fluvial na Amazônia Ocidental: uma proposta de condicionantes operacionais e doutrinárias para a configuração mais adequada das balsas empregadas pelo Centro de Embarcações do Comando Militar da Amazônia**. 2017

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva et al. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 880-888, 2009.

DA CRUZ CASTRO, Bárbara Misslane; DE SOUZA RAMOS, Semírames Cartonilho. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 103-112, 2016.

VASCONCELOS, Karen Leverger et al. **Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica**. 2013.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1316-1327, 2005.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MAMEDE, Marli Villela; MAMEDE, Fabiana Villela. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Escola Anna Nery*, v. 12, n. 4, p. 717-725, 2008.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA DEFESA**. EXÉRCITO BRASILEIRO. "AMBULANCHA", EMBARCAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DE UMA AMBULÂNCIA, CHEGA AO CENTRO DE EMBARCAÇÕES DO COMANDO MILITAR DA AMAZÔNIA. Centro de Embarcações, 2018. Disponível em: <https://www.cecma.eb.mil.br/ultimas-noticias2/ambulancha-embarcacao-com-caracteristicas-de-uma-ambulancia-chegou-ao-centro-de-embarcacoes-do-comando-militar-da-amazonia-e-sera-encaminhada-a-2-brigada-de-infantaria-de-selva-para-prover-apoio-em-sao-gabriel-da-cachoeira.html>. Acesso em: 22, julho, 2021.

TAMBUCCI, Yuri Bassichetto. **Rio a fora, cidade a dentro-transporte fluvial e modos de viver no Amazonas**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. 2006.

FÉLIX, Hevyllin Cipriano Rodrigues et al. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 335-341, 2019.

BRAZ, Hertio et al. PROFILAXIA E TRATAMENTO PARA A ATONIA UTERINA. MISOPROSTOL X OCITOCINA. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 3, 2020.

VIEIRA MSM, STEFFENS SM. Mortalidade materna de causa obstétrica. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Urbanetz AA, Luz SH, organizadores. **PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 12**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 33-54. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3)

OSANAN GC, TAVARES AB, Reis MI, RAGAZINI CS, PADILA H. Estimativa da perda sanguínea no parto. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Jármay Di Bella ZIK, Luz SH, organizadores. **PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 17**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2021. p. 59–86. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).

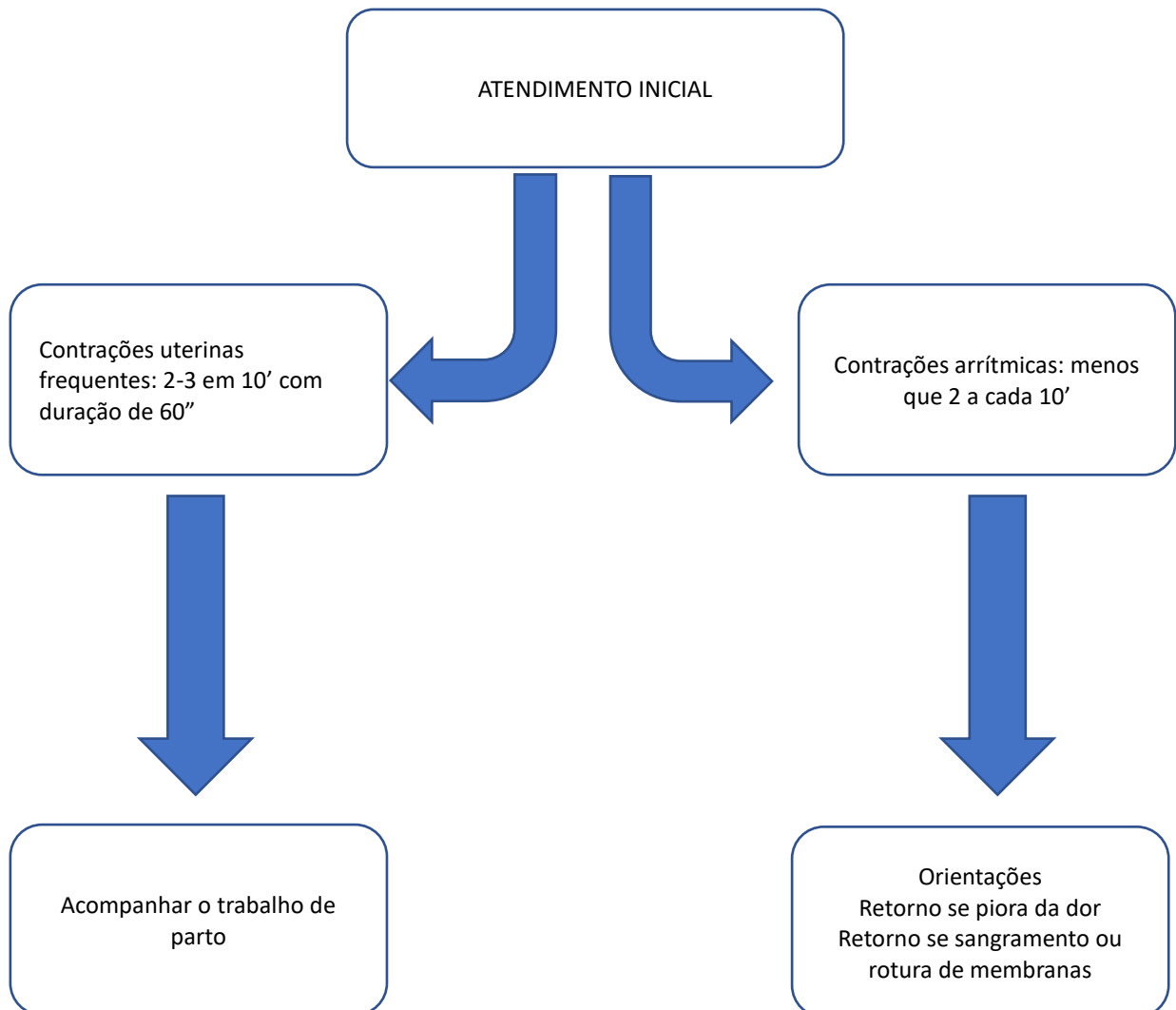
MILANEZ HMBPM. Abordagem da hemorragia no período puerperal. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Urbanetz AA, Luz SH, organizadores. **PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 16**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 121–63. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

BOTELHO APM, SILVA CP, CORREA JUNIOR MD. Urgências na sala de parto. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Urbanetz AA, Luz SH, organizadores. **PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 13**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 43–89. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).

ANEXOS

Anexo I

Fluxograma do Trabalho de parto



Anexo II

Fluxograma- Intercorrências no Trabalho de parto observadas no partograma

