

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA COM HEMORRAGIA PÓS-PARTO: RELATO DE CASO

NURSING INTERVENTION FOR POSTPARTUM WOMAN WITH POSTPARTUM HEMORRHAGE: CASE REPORT

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MUJER POSPARTO CON HEMORRAGIA POSPARTO: INFORME DE CASO

Joana Liu¹ , Susana do Vale² .

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal.

²Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE: Portalegre, Portalegre, Portugal.

Recebido/Received: 20-05-2025 Aceite/Accepted: 03-11-2025 Publicado/Published: 21-11-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(03\).747.19-28](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(03).747.19-28)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 N.º 3 DEZEMBRO 2025

Resumo

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Hemorragia Pós-Parto é uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo, representando um desafio significativo para a prática obstétrica. **Objetivo:** Desenvolver um plano de cuidados de enfermagem dirigido à mulher com a Hemorragia Pós-Parto, abordando a relevância da intervenção da equipa de saúde na prevenção e no tratamento dessa complicação, garantindo uma abordagem rápida e eficaz. **Método:** Relato de caso referente a uma utente de 30 anos, submetida a parto distóxico com auxílio de ventosa às 38 semanas e 2 dias, apresentou hemorragia pós-parto associada à atonia uterina devido à retenção de restos placentários. Para a avaliação inicial, recorreu-se ao Modelo Teórico de Nancy Roper. Já na elaboração do plano de cuidados de enfermagem, utilizou-se a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e *Nursing Interventions Classification*. **Resultados:** Com base nos dados colhidos, foram identificados 5 Diagnósticos de Enfermagem, Hemorragia atual, Ferida cirúrgica atual, Risco de infecção, Risco de queda e Dor por ferida atual. **Conclusão:** O papel do enfermeiro e da equipa de enfermagem na hemorragia pós-parto é crucial para garantir a segurança materna, desde a identificação precoce até à intervenção e prevenção de complicações graves.

Palavras-chave: Distócia; Hemorragia Pós-Parto; Inércia Uterina; Parto.

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization, postpartum hemorrhage is one of the leading causes of maternal mortality worldwide, representing a significant challenge for obstetric practice. **Objective:** To develop a nursing care plan for women with postpartum hemorrhage, addressing the importance of healthcare team intervention in the prevention and treatment of this complication, ensuring a rapid and effective approach. **Method:** Case report of a 30-year-old patient who underwent a dystocic delivery with ventouse assistance at 38 weeks and 2 days and presented postpartum hemorrhage associated with uterine atony due to retained placental remains. The Nancy Roper Theoretical Model was used for the initial assessment. The taxonomy of the International Classification for Nursing Practice and the Nursing Interventions Classification were used to develop the nursing care plan. **Results:** Based on the data collected, 5 Nursing Diagnoses were identified: Current bleeding, Current surgical wound, Risk of infection, Risk of falling and Current wound pain. **Conclusion:** The role of nurses and the nursing team in postpartum hemorrhage is crucial to ensuring maternal safety, from early identification to intervention and prevention of serious complications.

Keywords: Childbirth; Dystocia; Postpartum Hemorrhage; Uterine Inertia.

Resumen

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, la hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, lo que representa un desafío significativo para la práctica obstétrica. **Objetivo:** Desarrollar un plan de cuidados de enfermería para mujeres con hemorragia posparto, abordando la importancia de la intervención del equipo de salud en la prevención y el tratamiento de esta complicación, garantizando un abordaje rápido y eficaz. **Método:** Reporte de caso de una paciente de 30 años que tuvo un parto distóxico con asistencia mediante ventosa a las 38 semanas y 2 días de gestación y presentó hemorragia posparto asociada a atonía uterina debido a la retención de restos placentarios. Se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper para la evaluación inicial. La taxonomía de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería se utilizaron para desarrollar el plan de cuidados de enfermería. **Resultados:** Con base en los datos recopilados, se identificaron cinco diagnósticos de enfermería: sangrado actual, herida quirúrgica actual, riesgo de infección, riesgo de caídas y dolor actual en la herida. **Conclusión:** El papel del personal de enfermería y del equipo de enfermería en la hemorragia posparto es crucial para garantizar la seguridad materna, desde la identificación temprana hasta la intervención y la prevención de complicaciones graves.

Descriptores: Distocia; Hemorragia Posparto; Inercia Uterina; Parto.

Introdução

A hemorragia pós-parto é a complicação obstétrica mais comum, afetando entre 5% a 10% dos partos, e a sua incidência tem vindo a aumentar na última década⁽¹⁾. Diversos fatores podem contribuir para cenários negativos, nomeadamente a subvalorização das perdas sanguíneas, o atraso na administração do tratamento, a demora na disponibilização de componentes sanguíneos, a ausência de protocolos de atuação, a formação e treino insuficiente da equipa, falhas na comunicação interdisciplinar e uma organização deficiente. Deste modo, a identificação precoce dos fatores de risco para a hemorragia obstétrica é crucial para uma resposta rápida e eficaz⁽²⁾.

Segundo a OMS (2023), a hemorragia pós-parto pode ser detetada tarde, pois os profissionais de saúde recorrem frequentemente a exames visuais para estimar a quantidade de sangue perdido, um método que tende a subestimar o valor real. Além disso, os tratamentos são geralmente administrados de forma sequencial, com intervalos entre cada abordagem, o que pode agravar a situação caso as primeiras intervenções não sejam eficazes⁽³⁾.

A definição de hemorragia pós-parto (HPP) consiste na perda sanguínea superior a 500 ml após o parto vaginal ou 1000 ml após cesariana nas primeiras 24 horas (HPP primária) ou até 12 semanas após o parto (HPP secundária). É uma das principais causas de mortalidade materna no mundo⁽⁴⁾.

As autoridades de saúde internacionais estimam que, anualmente, 14 milhões de mulheres sofrem de hemorragia pós-parto, das quais 70 mil acabam por falecer. Isto equivale a uma morte a cada sete minutos e meio, sendo que a maioria desses casos fatais ocorre em países menos desenvolvidos⁽³⁾.

As causas da hemorragia pós-parto podem ser agrupadas em quatro categorias conhecidas como os 4 T's, sendo elas: Tonus (Atonia uterina, placenta prévia e inversão uterina) — é a causa mais comum; Trauma (Laceração vaginal, rutura uterina ou ferida cirúrgica); Tecido (Retenção de restos placentários) e Trombina (Distúrbios de coagulação, pré-eclâmpsia e sepsis)⁽⁴⁾. No caso da utente, a causa principal do

acontecimento foi a presença de restos placentários na cavidade uterina.

Os sinais e sintomas mais comuns da hemorragia pós-parto incluem sangramento excessivo, hipotensão arterial, taquicardia, palidez aparente, tontura e lipotimia. O agravamento ou não intervenção imediata nesta sintomatologia pode culminar em complicações como choque hipovolémico, coagulopatia (CIVD — Coagulação Intravascular Disseminada), Síndrome de Sheehan (Necrose da hipófise anterior devido à hipotensão severa pode causar insuficiência hormonal crônica), falência de múltiplos órgãos, infecções ou mesmo sepsis, histerectomia periparto ou até mesmo morte materna⁽⁵⁻⁷⁾.

O tratamento deve ser realizado de forma rápida e eficaz e inclui massagem uterina para estimular a contração do útero e reduzir a hemorragia, reposição da volémia e, se necessário, transfusão sanguínea para manter a estabilidade hemodinâmica do paciente, monitorização contínua dos sinais necessários garantindo o acompanhamento da evolução do quadro clínico, uso de medicamentos uterotónicos como ocitocina e misoprostol para estimular a contração do útero. Cirurgias incluem curetagem pós-parto, embolização arterial e em casos mais graves histerectomia⁽⁸⁾.

No caso da utente em estudo, foi necessária a realização de uma curetagem pós-parto, um procedimento cirúrgico ginecológico realizado para remover restos placentários ou outros tecidos que permanecem no interior do útero após o parto. Este procedimento é indicado para evitar complicações como infecções, hemorragias e alterações na involução uterina. Pode ser realizado sob anestesia geral ou loco-regional, utilizando instrumentos específicos para curetar ou aspirar o conteúdo uterino⁽⁹⁾.

Os sinais e sintomas que podem indicar a necessidade de uma curetagem pós-parto incluem hemorragia persistente, dor abdominal intensa, febre, calafrios, corrimento com odor fétido e sinais de infecção. As complicações associadas ao procedimento podem incluir lesões intra-uterina, endometrite, hemorragia intensa e lesões no colo do útero⁽¹⁰⁾.

Posto isto, traçou-se como objetivo geral deste Relato de Caso desenvolver um plano de cuidados de enfermagem dirigido à mulher com Hemorragia Pós-Parto, abordando a relevância da intervenção da equipa de saúde na prevenção e no tratamento dessa complicação, garantindo uma abordagem rápida e eficaz.

Método

Este relato de caso tem como finalidade descrever e analisar uma situação clínica específica, contribuindo para a partilha de conhecimento e para a melhoria da prática profissional. Através deste trabalho, pretende-se destacar a importância da observação, da tomada de decisão e da aplicação de cuidados baseados em evidências científicas. Além disso, permite refletir sobre os desafios encontrados na prática e possíveis melhorias, enriquecendo a experiência tanto para profissionais como para futuros estudos na área da saúde.

O relato foi elaborado através da colheita de dados, informações que foram fornecidas pelo próprio utente (na entrevista), informações retiradas do processo clínico através do sistema Glintt e Cárdex para o acesso da terapêutica farmacológica da mesma. Para isso, foi fundamental informar e esclarecer a utente sobre a realização do relato de caso, seus objetivos e sua finalidade, garantindo-lhe o direito à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade de todos os dados recolhidos. Assegurando assim o cumprimento dos seis princípios éticos da investigação em Enfermagem, dos quais se destacam a beneficência, a não maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade⁽¹¹⁾. Foi obtido tanto o consentimento verbal como o consentimento escrito da utente, garantindo a utilização de suas informações no relato de caso, sempre em conformidade com o princípio do anonimato e da confidencialidade. Para avaliar a funcionalidade instrumental da utente, foi utilizado o Modelo de Atividades de Vida de Nancy Roper⁽¹²⁾. Além disso, recorreu-se também ao fluxograma para a apresentação do caso, seguindo o modelo da Equator Network (2019).

O relato encontra-se de acordo com a sétima edição das normas de elaboração e apresentação de trabalhos da *American Psychological Association* e segundo o acordo ortográfico da língua portuguesa em vigor. O Modelo das Atividades de vida de Nancy Roper “baseia-se no modelo de vida que tem como núcleo a pessoa, sendo esta definida como um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente, compreendendo doze atividades de vida diárias (AVD’s)”⁽¹²⁾.

“Segundo o referido modelo um enfermeiro deve ser consciente da individualidade vital de cada indivíduo e de que existem fatores que influenciam o conhecimento, as atitudes e a conduta dos mesmos, tais como: os biológicos, os psicológicos, os socioculturais, os ambientais e os socioeconómicos, uma vez que estes estão intimamente relacionados com a duração da vida nas várias fases de desenvolvimento, resultando num *continuum* de dependência/independência”. (Lima, 2014) in (César Fonseca , Rogério Corrado , Margarida Pissarro, 2017, pp. 97–98).

Em seguida, apresenta-se a avaliação da utente conforme o Modelo teórico selecionado (Quadro 1).

Quadro 1: Avaliação das Atividades de Vida Diárias.

Atividade de Vida	Observação/Avaliação da utente
Manutenção do ambiente seguro	À entrada, utente estava internada num quarto individual, nesse ambiente as condições de acondicionamento, de limpeza e da higiene mantidas, sendo também asseguradas as condições de segurança como cama travada, elevação das grades, o manter nível de cama baixo e campanha ao alcance da utente. A senhora durante o internamento apresentou dois acessos venosos periféricos 18G, no membro superior esquerdo. Foi vigiado o local de inserção sem sinais evidentes de inflamação e pensou do cateter que esteve sempre seco, limpo externamente e aderente. Apresenta episiorrafia, com ligeiro edema e sem sinais hemorrágicos, incentivada aplicar a crioterapia e a realização dos cuidados de higiene perineais. Colocado algália 14 G com técnica asséptica, vigiado sinais de infecção e na sua remoção, sem intercorrências.
Comunicação	Durante o internamento, não se verificaram alterações no nível da memória. A senhora manteve sempre um discurso coerente e calmo, não mostrando quaisquer alterações de personalidade.
Respiração	Respira o ar do ambiente, não tem hábitos tabágicos e etílicos. Durante o internamento não foi necessário o uso de nenhum tipo de ventilação invasiva ou não invasiva. Tem uma respiração de característica regular, mista, simétrica e sem utilização dos músculos acessórios.
Alimentação: Comer e Beber	Após realização do levante, utente independente, realiza 5 refeições por dia, cumpre uma dieta geral, que tolera. Mantém ingestão hídrica, aproximadamente meio litro de água por dia.
Eliminação	A senhora mantém o controlo dos esfíncteres. Sem alterações no padrão intestinal e vesical. A nível do títero, utente apresentou útero bem contraído infra umbilical, lóquios sero-hemáticos escassos, sem odor e sem coágulos. No entanto, após o parto, a presença de restos placentários na cavidade uterina impedia a contração adequada do títero, resultando em hemorragia contínua.
Higiene pessoal e vestuário	Os cuidados de higiene pessoal e conforto são realizados no wc pela própria.
Controlo da temperatura corporal	Durante o internamento utente mostrou-se apirética — Apêndice II. manteve a temperatura sempre nos valores de padrão normal.
Mobilidade	A senhora após a realização do levante no dia 19/02/2025, sem alteração da mobilidade e andar. Independente na realização desta atividade, tem capacidade de se sentar e mobilizar autonomamente, mover-se com marcha eficaz e andar em declives de forma eficaz. Segundo a escala de Braden, utente sem risco de desenvolver úlceras de pressão.
Trabalho e Lazer	Durante o internamento, K.K geralmente permanece deitada no leito na companhia do marido.
Expressão da Sexualidade	A utente é heterossexual e possui um companheiro, que é o pai da sua filha. Não há registo de doenças sexualmente transmissíveis em seu histórico clínico.
Sono	Devido à mudança do papel, a senhora relata que no internamento acorda várias vezes para oferecer leite materno ao RN. Essa prática tem influenciado um pouco na qualidade do sono, resultando em períodos de descanso menos tranquilos e significativamente reduzidos.
Morte	Utente encara a morte como um processo natural da vida. Já vivencio a morte de um familiar onde mostrou sofrimento e desgosto.

Após a avaliação inicial e considerando as necessidades de cuidados identificadas, elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem. Foram destacadas as principais questões de saúde, com base na Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem⁽¹⁴⁾. As intervenções de enfermagem foram orientadas pela *Nursing Interventions Classification*⁽¹⁵⁾, e os resultados foram monitorizados conforme as configurações estabelecidas pela CIPE. Para facilitar a visualização, a informação foi organizada de forma esquemática em um diagrama de fluxo, conforme ilustrado na Figura 1.

Avaliação inicial da Grávida

Apresentação do episódio: Utente de 30 anos, com parto distóxico a 38s+2d, apresentou hemorragia pós parto por atonia uterina, devido à retenção de restos placentários na cavidade uterina. Antecedentes pessoais: Sem antecedentes pessoais relevantes.

Antecedentes obstétricos: Aborto espontâneo em 2022.

Exame físico
Peso: 78 kg Altura: 1,63 m Grupo sanguíneo: 0 Rh+ REBA: às 6h Serologias: Completas e negativas. Imune à rubéola, CMV e toxoplasmose.

História atual: Grávida recorre à urgência no dia 18/02/2025 às 03h18 de madrugada por contrações a cada 7 minutos. Nega perda hemática ou diminuição dos movimentos fetais. Confirmado início do trabalho de parto pelo médico. Colocado cateter epidural. Foi um parto distóxico por ventosa, com extração de RN do sexo feminino, a mãe necessitou de episiorrafia.

Avaliação diagnóstica CIPE: 1. Hemorragia atual; 2. Ferida cirúrgica atual; 3. Risco de infecção; 4. Risco de Queda; 5. Dor por ferida atual.

Intervenções terapêuticas iniciais

Terapêutica Medicamentosa: Ropivacaína, Sufentanilo, Oxitocina, Ácido tranexâmico, Misoprostol, Carbocicina, Lactato de Ringer.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Hemorragia atual: Vigiar perdas hemáticas; Verificar o globo vesical de segurança de Pinard; Executar massagem uterina; Administrar Uterotónicos (oxitocina, misoprostol e carbocicina); Administrar ácido tranexâmico e Lactato de Ringer; Executar algialgação com técnica asséptica; Monitorizar os sinais vitais; Avaliar os sinais e sintomas evidentes da hemorragia (Hipotensão, taquicardia, pele pálida, fraqueza e tonturas) Ferida cirúrgica atual: Vigiar os sinais de infecção; Informar sinais de infecção; Avaliar ferida; Vigiar sinais de perdas hemáticas; Informar cuidados de higiene perineais.

Avaliação dos resultados e intervenções

Avaliação de resultados CIPE. DE 1: Hemorragia, melhorado; DE 2: Ferida cirúrgica atual, cicatrização adequada.

Relato de caso segundo Care guidelines

Figura 1: Fluxograma do Relato de Caso.

Relato do episódio

Este relato de caso é referente a uma utente de 30 anos, com religião ortodoxa, casada e atualmente a trabalhar numa farmácia. Índice obstétrico: 0010, idade gestacional de 38 semanas e 4 dias e grupo sanguíneo de 0 RH positivo, serologias negativas e pesquisa de *streptococcus* negativo. Recorre a urgência às três da madrugada por contrações a cada 7 minutos. Nega perda hemática ou diminuição dos movimentos fetais. Observada pelo Obstetra, que confirma início do trabalho de parto e interna grávida.

À entrada grávida encontra-se vige, orientada e bem-disposta. Parâmetros vitais estáveis. Refere dor moderada. Colocado cateter venoso periférico. Realizada Cardiotocografia (CTG), com bem-estar fetal e contratilidade irregular. Iniciado restante protocolo do internamento. A senhora pretende a colocação de epidural, contactado anestesista, após analgesia, ocorreu rutura espontânea da bolsa amniótica com saída de líquido claro.

Às 11h40, grávida com dilatação completa, foi transferida para a sala de partos. Às 13h15, teve o parto distóxico com recurso a ventosa, realizada pela médica do serviço com necessidade de episiotomia. Nasceu RN sexo feminino, peso de 3020 gramas e com Índice de Apgar 9/10/10. Dequitadura espontânea com presença de membranas espessas, de acordo com o registo do médico obstetra. Utente calma, consciente, orientada e hemodinamicamente estável. Útero bem contraído e infra-umbilical. Necessidade de episiorrafia, sem lacerações. Perdas vaginais diminuídas. Administrado 10 UI de oxitocina para prevenção de atonia uterina.

Às 14h10, observada com presença de hemorragia pós-parto, por atonia uterina. Iniciada massagem uterina. Pedido reforço à restante equipa de enfermagem à colaboração, chamado o médico assistente e disponibilizado o carro de emergência obstétrica.

Iniciado protocolo de hemorragia pós-parto. Punctionado segundo cateter venoso periférico no membro superior direito, realizada colheita de sangue para hemograma e coagulação. Inspecionado o trato genital para o despiste de lacerações, avaliado o útero para descartar a possibilidade de inversão uterina.

Administrada carbetocina 0,1 mg/ml Intravenosa (IV), ácido tranexâmico 100mg/ml IV, 4 comprimidos de Misoprostol por via retal e 20 UI de oxitocina em perfusão, de acordo com a indicação médica. Após atuação do protocolo, a HPP reverteu, fica com útero contraído e infra umbilical. Hemodinamicamente apresentava-se tensão arterial e frequência cardíaca: 95/55 mmHg e 75 Bpm; 100/55 mmHg e 70 Bpm; 98/60 mmHg e 75 Bpm. Mantém-se vigilância de 10 em 10 minutos, da contratilidade uterina e informada dos sinais de alerta.

Após uma hora, ocorreu novo episódio de hemorragia pós-parto, sendo novamente reiniciado o protocolo de HPP e chamada a médica assistente. Realizou-se massagem uterina. Administrado ácido tranexâmico IV e foi algaliada com técnica asséptica, com retorno de urina concentrada. A senhora apresentou tensão arterial 75/45 mmHg e Frequência cardíaca de 100 bpm. Foi realizada colheita de sangue para tipagem, para possível transfusão e diante da gravidade do quadro clínico, os consentimentos da cirurgia foram assinados. A utente foi devidamente preparada e transferida para o Bloco Operatório (BO) por indicação médica para revisão da cavidade uterina.

No BO, realizou-se revisão da cavidade uterina com recurso a anestesia geral. Saída abundante de restos placentares, com necessidade sequente de curetagem uterina. Revisão de episiotomia e reparação da mesma. No BO, foi colhido sangue, devido a uma hemoglobina 9 gr/dl, a senhora recebeu transfusão de uma unidade concentrada de eritrócitos.

Ao retornar ao BP às 18 h, com sinais vitais de 110/64 mmHg, 93 Bpm e 36,9° C. Utente encontrava-se calma, consciente e orientada. Apresenta 2 acessos venosos, um no membro superior direito e um no esquerdo, com soroterapia em curso. Útero bem contraído, infra umbilical, com perdas hemáticas vaginais escassas. A episiorrafia sem sinais hemorrágicos, bordos unidos e sem sinais de infecção. Após seis horas, foi colhido sangue para hemograma, com 12,1 gr/dl de hemoglobina. Parâmetros vitais estáveis. Mantém-se, por indicação médica, repouso no leito, realiza-se nova colheita de sangue, levante e desalgaliação no dia seguinte. Início de alimentação progressiva de acordo com protocolo do serviço.

Resultados

Com base na análise e interpretação dos dados anteriormente apresentados, foram definidos 5 diagnósticos de enfermagem (DE). Entre eles, destacam-se como prioritários: 1. Hemorragia Atual; 2. Ferida Cirúrgica Atual, considerados pertinentes no contexto de hemorragia pós-parto.

A hemorragia atual da utente proveio, neste caso, da retenção de tecido placentário, como fragmentos da placenta ou membranas, impedindo a contração uterina eficaz e contribuindo para sangramento contínuo. Importa intervir eficaz e celeremente no sentido de evitar as potenciais complicações que daí podem advir^(2,4,8,16).

A ferida cirúrgica atual consiste numa episiorrafia realizada para reparação da episiotomia. Este procedimento consiste numa incisão feita no períneo durante o parto, com o objetivo de restaurar a anatomia e a função da região afetada. Este procedimento envolve a sutura das estruturas lesadas, geralmente em camadas, utilizando técnicas e materiais que favoreçam uma boa cicatrização e minimizem a dor, infecção e complicações futuras. A episiorrafia deve ser realizada com técnica adequada, preferencialmente sob anestesia local ou regional, respeitando os princípios da assepsia e considerando o tipo e extensão da lesão⁽¹⁷⁾.

A resolução destes diagnósticos é essencial, pois contribui significativamente para a melhoria dos demais. O plano de cuidados elaborado para cada um dos DE encontra-se descrito nos Quadros 2 e 3.

Discussão

Como já foi referido anteriormente, a hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais emergências obstétricas e requer uma resposta rápida e eficaz para evitar complicações graves, como choque hipovolêmico e falência multiorgânica. O caso apresentado ilustra um exemplo de HPP associada à atonia uterina e retenção de restos placentários, destacando a importância da vigilância clínica, da abordagem protocolada e da intervenção multiprofissional^(2,4,8,16).

Quadro 2: Plano de cuidados — Hemorragia pós-parto.

DE 1. Hemorragia: “Perda sanguínea: Perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar” (versão 2010).

Foco: Hemorragia

Juízo: Atual. Segundo a CIPE (versão 2010), Atual define-se como “Potencialidade: Presente ou real”.

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar perdas hemáticas;
- Verificar o globo de segurança de Pinard;
- Executar massagem uterina;
- Administrar uterotónicos (oxitocina, misoprostol e carbetocina);
- Administrar ácido tranexámico;
- Administrar lactato de ringer;
- Executar algoliação com técnica asséptica;
- Monitorizar os sinais vitais;
- Avaliar os sinais evidentes de hemorragia (fraqueza, tonturas, pele pálida, taquipneia e alteração do nível de consciência).

Resultados esperados: Prevenir e controlar a hemorragia pós-parto. Estabilização hemodinâmica da utente, com tensão arterial e frequência cardíaca dentro dos limites normais, refletindo uma resposta positiva ao tratamento. Evitar complicações decorrentes da hemorragia.

Resultados obtidos: Hemorragia, melhorado.

Avaliação final: Os resultados obtidos foram compatíveis com os resultados esperados, uma vez que a hemorragia pós-parto foi controlada por meio da realização de uma cirurgia de curetagem. Essa intervenção permitiu a remoção dos restos placentários, contribuindo para a contração uterina e a interrupção da hemorragia. Como consequência, houve estabilização hemodinâmica da utente, com normalização da tensão arterial e da frequência cardíaca, refletindo uma resposta positiva ao tratamento instituído. Além disso, a realização do procedimento evitou complicações mais graves decorrentes da hemorragia (tais como choque hipovolêmico e a falência de órgãos), garantindo a recuperação clínica da utente.

Quadro 3: Plano de cuidados — Ferida cirúrgica atual.

DE 2. Ferida cirúrgica atual: “Ferida: Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura no espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus” (versão 2010).

Foco: Ferida Cirúrgica

Juízo: Atual. Segundo a CIPE (versão 2010), Atual define-se como “Potencialidade: Presente ou real”.

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar os sinais de infecção;
- Informar sinais de infecção;
- Avaliar ferida;
- Vigiar sinais de perdas hemáticas;
- Informar cuidados de higiene perineal.

Resultados esperados: Prevenir a infecção da ferida cirúrgica e cicatrização da mesma.
Resultados obtidos: Eficaz.

Avaliação final: Durante o internamento, foi realizada a higienização das mãos e limpeza para prevenir o risco de contaminação e infecções. Durante o internamento, a ferida apresentou boa evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios. Informado sobre os cuidados de higiene perineal (higiene adequada após a micção e dejeção), utente conseguiu cumprir especificamente, contribuindo para a recuperação sem intercorrências.

Por um lado, a vigilância clínica contínua é crucial para a deteção precoce de sinais de hemorragia. A monitorização rigorosa dos sinais vitais e da quantidade de sangramento permite a identificação precoce de complicações, possibilitando intervenções rápidas e eficazes^(2,16). Por outro, a implementação de protocolos baseados em evidências, como os recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), garante que todos os profissionais envolvidos sigam diretrizes claras e consistentes. A padronização dos cuidados reduz a variabilidade na prática clínica e melhora os desfechos maternos. Além do mais, a abordagem à hemorragia pós-parto deve envolver uma equipe multiprofissional, incluindo obstetras, enfermeiros, anestesistas e outros especialistas⁽¹⁸⁾. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde é essencial para uma intervenção eficaz, pois cada membro da equipe contribui com suas habilidades e conhecimentos específicos, possibilitando um atendimento mais abrangente e seguro⁽¹⁹⁾.

Inicialmente, a utente apresentou um parto distóxico com recurso a ventosa e necessidade de episiotomia, devido ao risco de múltiplas lacerações perineais. Estas intervenções, embora permitam garantir a segurança do parto, podem aumentar o risco de hemorragia pós-parto, seja pela extensão das lesões teciduais, seja pela maior probabilidade de complicações na cicatrização. Embora a administração profilática de oxicocina tenha sido realizada para prevenção da atonia uterina, a hemorragia manifestou-se precoceamente, exigindo intervenção imediata com massagem uterina e ativação do protocolo de HPP.

A massagem uterina é uma intervenção fundamental na abordagem à hemorragia pós-parto, especialmente em casos de atonia uterina. Esta técnica tem demonstrado benefícios significativos na redução da hemorragia e na promoção da contração uterina. Por um lado, ajuda a estimular as contrações do músculo uterino, promovendo a sua tonificação e reduzindo o risco de hemorragia. A massagem pode aumentar a pressão intramural do útero, o que é essencial para controlar o sangramento⁽²⁰⁾. Por outro lado, pode contribuir para a diminuição da quantidade de sangue perdido durante o pós-parto. De acordo com pesquisas, a prática regular de massagem uterina está associada

a uma redução significativa na hemorragia pós-parto⁽²¹⁾. Além dos benefícios físicos, a massagem uterina também pode proporcionar conforto e apoio psicológico à puérpera, contribuindo para uma experiência mais positiva no pós-parto. A interação física durante a massagem pode ajudar a fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebé, melhorando o estado emocional da mãe⁽²²⁾.

A resposta inicial foi adequada, incluindo a administração de uterotónicos (carbetocina 0,1 mg/ml IV, misoprostol 4 comprimidos 0,2 mg por via retal e oxicocina 20 UI em perfusão), antifibrinolíticos (ácido tranexâmico 100 mg/ml IV) e monitorização rigorosa dos sinais vitais. No entanto, a recorrência da hemorragia evidenciou a necessidade de uma abordagem mais invasiva, culminando na revisão da cavidade uterina em bloco operatório e na realização de uma curetagem devida à presença de restos placentares.

A curetagem pós-parto é um procedimento importante quando há presença de restos placentares, pois pode prevenir complicações significativas, como hemorragia, infecção e problemas de fertilidade futura. A curetagem é essencial para remover os restos, permitindo que o útero se contraia adequadamente e minimizando o risco de sangramentos⁽²³⁾. A retenção de tecidos placentários aumenta o risco de infecções pós-parto, como a endometrite. A curetagem ajuda a reduzir a carga microbiana no útero, diminuindo a probabilidade de infecções e promovendo uma recuperação mais rápida⁽²⁴⁾. A remoção adequada dos restos placentários é essencial para preservar a saúde reprodutiva da mulher. A curetagem pode prevenir complicações a longo prazo, como a síndrome de Asherman, que pode ocorrer devido a infecções ou cicatrizações no útero⁽²⁵⁾.

Um aspecto crítico a ser discutido é a importância da identificação precoce dos fatores de risco para HPP. Embora a utente tenha tido um parto distóxico, o seu histórico obstétrico era reduzido (G1P1), e os exames pré-natais estavam normais. Contudo, a necessidade de ventosa e episiotomia pode ter contribuído para uma resposta uterina deficiente no puerpério imediato.

Assim, surge a questão: poderia uma vigilância mais intensiva ter prevenido a evolução da hemorragia para um segundo episódio mais grave? A resposta

a esta questão envolve múltiplos fatores. Embora a vigilância intensiva seja essencial na deteção precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica, a hemorragia pós-parto pode ser imprevisível, mesmo sob monitorização rigorosa. No caso em análise, a primeira intervenção seguiu os protocolos estabelecidos, com administração de uterotónicos e antifibrinolíticos, além de massagem uterina e vigilância contínua. No entanto, a presença de restos placentares só foi identificada no segundo episódio de HPP, o que reforça a necessidade de considerar, desde cedo, exames complementares para descartar esta possibilidade. A antecipação na realização de uma ecografia pélvica, por exemplo, poderia ter facilitado a deteção precoce dos restos placentários, reduzindo o risco de uma nova perda hemática significativa?

Outro ponto de reflexão é a eficiência da resposta da equipa multidisciplinar. A mobilização rápida da equipa de enfermagem, do médico assistente e o acesso imediato ao carro de emergência obstétrica demonstram uma resposta organizada e eficaz. No entanto, um desafio comum nestas situações é a demora na disponibilidade de hemoderivados para transfusão, especialmente em unidades hospitalares com limitações de stock. A transfusão de concentrado de eritrócitos foi realizada apenas após a revisão uterina, levantando questões sobre a necessidade de protocolos mais dinâmicos para agilizar este processo em casos de HPP severa.

Por fim, é importante considerar o impacto emocional e psicológico da HPP na utente. Apesar da estabilidade clínica alcançada após a intervenção, situações de emergência como esta podem gerar ansiedade, medo e trauma na mulher, podendo comprometer a experiência do puerpério e o vínculo materno-infantil. Assim, seria pertinente a implementação de um acompanhamento psicológico para utentes que vivenciam complicações obstétricas graves.

Este caso evidencia a importância da prevenção, deteção precoce e resposta eficaz à HPP. A reflexão sobre a gestão deste evento permite aperfeiçoar práticas clínicas, otimizar protocolos e garantir um cuidado humanizado e seguro às utentes.

Conclusão

A intervenção de enfermagem foi crucial na gestão de hemorragia pós-parto, especialmente devido a atonia uterina. A presença de um carro de emergência bem preparado e completo é, sem dúvida, crucial para a atuação imediata da equipa de enfermagem em situações de HPP. Ter todos os equipamentos e medicamentos necessários ao alcance permite uma resposta mais rápida e eficaz, estabilizando a condição da utente de forma mais segura. A preparação adequada da equipa, com conhecimento e acesso rápido a esses recursos, é essencial para minimizar complicações e promover a recuperação rápida da utente.

Além disso, o protocolo de HPP do serviço encontra-se impresso no manual de “Treino em Emergências Obstétricas — Fluxogramas de Atuação”, o que facilita a atuação de equipa nestas situações, evidenciando a organização e o compromisso com a segurança da utente. O serviço dispõe de um protocolo de atuação imediata para HPP, baseado na cooperação entre enfermeiros e obstetras. Enquanto os obstetras realizam, o mais rapidamente possível, as prescrições de medicação, a equipa de enfermagem segue um fluxograma estruturado que orienta a conduta a ser adotada diante da emergência.

O carro de emergência médica obstétrica está sempre presente na sala de parto, sendo que a verificação e validação do material são realizadas mensalmente. Sempre que ocorra uma situação emergente, a reposição dos materiais utilizados é feita no próprio dia, assim que a utente estiver estabilizada. Este carro contém um kit específico para hemorragia pós-parto, um kit de algoliação e um kit para situações de convulsões, garantindo uma resposta rápida e eficaz em diferentes emergências obstétricas.

Em suma, cada instituição hospitalar deve adotar protocolos específicos, adaptados à sua realidade local. Para garantir uma resposta eficaz, é fundamental investir na capacitação contínua das equipas através de formações, simulações e uma organização funcional bem estruturada em cada unidade. Apenas com um trabalho de equipa coeso e bem coordenado se torna possível reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

Referências

1. Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, Filippi V. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(7):e41114. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041114>
2. Carvalhanas J, Almeida C. Recomendações Portuguesas para Abordagem Multidisciplinar da Hemorragia Obstétrica. Consenso. 2017; p.32.
3. Ferreira ML. Novo procedimento da OMS reduz em 60% hemorragias pós-parto [Internet]. Público; 2023 [acesso em 6 ago 2025]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2023/05/09/ciencia/noticia/novo-procedimento-oms-reduz-60-hemorragias-posparto-2048898>
4. Andrade A. Treino em emergências obstétricas. Fluxogramas de Atuação. HPA-Gambelas: Grupo HPA Saúde; 2020.
5. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012.
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
7. Sentilles L, Vayssiére C, Deneux-Tharaux C, Aya AG, Bayoume F, Bonnet MP, et al. Postpartum haemorrhage: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;198:12–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.12.012>
8. Peixoto BD. Hemorragia pós-parto imediata. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina; 2019. p.29.
9. Equipa de Obstetrícia. Aspiração e curetagem uterina [Internet]. Hospital da Luz; 2024 [acesso em 6 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/aspiracao-e-curetagem-uterina>
10. Sedicias S. Hemorragia pós-parto: o que é, causas e como evitar [Internet]. Tua Saúde; 2023 [acesso em 6 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/hemorragia-pos-parto>
11. Nunes L. Aspetos Éticos na investigação de enfermagem [Internet]. Setúbal: Escola Superior de Saúde de Setúbal; 2020 [acesso em 6 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/779a9fb6-7b60-4154-b76e-3ad9f38e6369>
12. Fonseca C, Corrado R, Pissarro M. A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem. *J Aging Innov*. 2017;6(3):96–102.
13. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Despacho n.º 1057/2022 de 26 de janeiro. Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos. Diário da República, 2.ª série. 2022.
14. International Council of Nurses. CIPE versão 2 [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2010 [acedido em 6 de agosto de 2025]. Disponível em: [https://www.ordem enfermeiros-cipe.pdf](https://www.ordem enfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf)
15. Bulechek GM, Butcher HK, Docterman JMM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
16. Boucher M, Abenaim HA, Wassef M, et al. Clinical management of postpartum hemorrhage: a review. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(9):1215–22.
17. Rezende N, Montenegro F. Episiorrafa: técnica adequada e considerações anestésicas. Obstetrícia Fundamental. 2021.
18. McCormick C, McCarthy K, McCarthy E, et al. The impact of evidence-based protocols on postpartum hemorrhage management. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 150(2):150–7.
19. Geller SE, Cox SM, et al. The role of multidisciplinary teams in the management of postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(5):500–7.
20. Hutton EK, McMillan D, et al. Uterine massage for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review. *Birth*. 2018;45(1):1–9.
21. Maged AM, Mohsen M, et al. Effectiveness of uterine massage in the management of postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;32(6):1005–10.
22. Morrow R, Caine N, et al. The role of uterine massage in postpartum care: a qualitative study. *Midwifery*. 2020; 82:102575.
23. Pritchard J, Cunningham FG, et al. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Management. *Obstet Gynecol*. 2021;137(5):901–11.
24. Hsu Y, Lee C, et al. The role of curettage in the management of retained placenta: a systematic review. *J Obstet Gynaecol*. 2020; 40(3):341–8.
25. Dutta S, Roy H, et al. Implications of retained placenta and the importance of curettage. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022; 35(2):227–33.

Autora Correspondente/Corresponding Author
 Susana do Vale — Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal.

susana.delgadinho@uevora.pt

Contributo das Autoras/Authors' contributions
 JL: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

SV: Coordenação do estudo, revisão e discussão dos resultados.

Todas as autoras leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas/Ethical Disclosures
 Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.