



# PROTOCOLO DE **H**EMORRAGIA PÓS-PARTO



ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA REDE HOSPITALAR MATERNO INFANTIL

## **PROTOCOLO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

São Luís  
2025

2025. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

## **GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO**

Carlos Orleans Brandão Junior

### **Secretário de Estado da Saúde**

Tiago José Mendes Fernandes

### **Secretária Adjunta de Assistência à Saúde**

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

### **Superintendente de Assistência à Saúde**

Luciana Albuquerque de Oliveira

### **Coordenação da Rede Hospitalar Materno Infantil**

Tercia Silva Carvalho

## **ELABORAÇÃO**

**Maria do Perpétuo Socorro Araújo Braide** - Médica Ginecologista/Obstetra – CRM/MA 2551, TEGO - 184/03  
Diretora Geral/Técnica da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)

**Cleimilson Alves da Silva** - Médico Ginecologista/Obstetra – CRM/MA 4461 – Diretor Clínico da MACMA

**Anna Cindy Araújo Leite** - Enfermeira – COREN/MA 299775 – Gerente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente da MACMA

**Rafaela Pontes de Albuquerque** - Enfermeira – COREN/MA 251841 – Enfermeira do Núcleo de Qualidade da MACMA

**Daniel Ruan Alves Reis** - Enfermeiro – COREN/MA 502117 – Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente da MACMA

## **REVISORES**

**Membros do Conselho Regional de Medicina do Maranhão - CRM**

**Sociedade de Ginecologia do Maranhão - SOGIMA**

**José Albuquerque de Figueiredo Neto** - Médico – CRM: 2758/MA, RQE N°: 331 – Presidente do Conselho Regional de Medicina do Maranhão

**Edilson Correa de Medeiros Junior** - Médico – CRM: 3508/MA – Primeiro Secretário do Conselho Regional de Medicina do Maranhão

**Cleode Montello Calvet Junior** - Médico – CRM: 4352/MA, RQE N°: 1273

**Tainá Valentim de Lima Correia Coelho Carmo** - Médica – CRM: 10494/MA, RQE Nº: 3675

**Analamacia Pereira de Brito** - Enfermeira – COREN/MA 183015 – Supervisora Técnica Instituto Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental - ACQUA

**Izabela Cristina de Araújo Silva** - Enfermeira – COREN/MA 268.232 – Especialista em Qualidade da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares - EMSERH

**Joenvilly Cardinele Rêgo Oliveira Azevedo** - Enfermeira – COREN/MA 105.509 - Gerente da Qualidade da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares - EMSERH

**Tércia Silva Carvalho** - Enfermeira – COREN/MA 7843 – Coordenadora da Rede Hospitalar Materno Infantil da SAAS/SES

**Carlos Antônio Coimbra Sousa** - Médico – CRM: 6990/MA, RQE Nº: 3997  
Coordenador da UTI Materna da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)

## **APOIO**

**Luciana Albuquerque de Oliveira** - Superintendente de Assistência à Saúde – SAAS/SES

**Thalita Pereira Veiga** - Superintendente do Complexo de Regulação Estadual – SAAS/SES

**Luciana Artioli Costa** - Assessora da Superintendência de Assistência à Saúde – SAAS/SES

**Ana Lúcia Nunes** - Diretora Administrativa da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

**Gleyciane Dutra** - Enfermeira – COREN/MA 622213 - Gerente Técnica do Instituto Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental - ACQUA

**Letícia Silva Ferreira** - Secretária da Direção MACMA

## **APOIO EDITORIAL**

*Escola De Saúde Pública Do Maranhão – ESP/MA*

### **Diretora Administrativa**

Ana Lúcia Nunes

### **Diretor Científico**

Antônio Carlos Pereira da Silva Júnior

### **Coordenadora de Tecnologias Educacionais**

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

### **Normalização**

Josélia Pereira Rodrigues – Bibliotecária - ESP/MA

### **Diagramação**

Bianca Cecília Santos Costa – Designer Gráfica - ESP/MA




## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

<b>ACQUA</b>	- Instituto Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental
<b>BTI</b>	- Balão de Tamponamento Intrauterino
<b>CID</b>	- Coagulação Intravascular Disseminada
<b>CH</b>	- Concentrado de Hemácias
<b>COREN</b>	- Conselho Regional de Enfermagem
<b>CRIO</b>	- Crioprecipitado
<b>CRM</b>	- Conselho Regional de Medicina
<b>EMSERH</b>	- Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
<b>FC</b>	- Frequência Cardíaca
<b>FIGO</b>	- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
<b>HPP</b>	- Hemorragia Pós-Parto
<b>IC</b>	- Índice de Choque
<b>MACMA</b>	- Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão
<b>NIR</b>	- Núcleo Interno de Regulação
<b>OPAS</b>	- Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PA</b>	- Pressão Arterial
<b>PFC</b>	- Plasma Fresco Congelado
<b>PQT</b>	- Plaquetas
<b>RQE</b>	- Registro de Qualificação de Especialista
<b>SAAS</b>	- Secretária Adjunta de Assistência à Saúde
<b>SARA</b>	- Síndrome da Angustia Respiratória Aguda
<b>Sat O2</b>	- Saturação de Oxigênio
<b>SES</b>	- Secretaria de Estado de Saúde
<b>SOGIMA</b>	- Sociedade de Ginecologia do Maranhão
<b>TAN</b>	- Traje Antichoque Não Pneumático
<b>TEGO</b>	- Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
<b>UTI</b>	- Unidade de Terapia Intensiva




# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	9
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 OBJETIVOS</b>	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
<b>3 DEFINIÇÕES / CLASSIFICAÇÃO</b>	11
3.1 Hemorragia Pós-Parto	11
3.2 Hemorragia Pós-Parto Maciça	11
3.3 Classificação	11
<b>4 CAUSAS DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO</b>	11
<b>5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b>	12
5.1 Estratificação de risco	12
5.2 Medidas preventivas – manejo ativo	14
<b>6 ESTIMATIVA DE PERDA SANGÜÍNEA NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	15
6.1 Índice de Choque (IC)	15
<b>7 TRATAMENTO</b>	17
7.1 Tratamento da hemorragia pós-parto “HORA OURO” – medidas gerais	17
<b>8 DETERMINAR CAUSA DA HEMORRAGIA</b>	20
8.1 Atonia Uterina: Tônus	20
8.1.1 Manobra de Hamilton	20
8.1.2 Tratamento medicamentoso	21
8.1.3 Balão de Tamponamento Intrauterino (BTI Artesanal e Bakri)	22
8.1.4 Traje Antichoque Não Pneumático (TAN)	26
8.1.5 Sutura compressiva	27
8.1.6 Histerectomia	28
8.2 Hemorragia pós-parto: Trauma	29
8.3 Hemorragia pós-parto: Tecido	30



8.4 Hemorragia pós-parto: Trombina (coagulopatia)	31
8.4.1 Tratamentos específicos	31
<b>9 PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO PARA HPP MACIÇA</b>	31
<b>10 INDICADORES</b>	32
<b>REFERÊNCIAS</b>	33
<b>APÊNDICES</b>	37
<b>APÊNDICE A – FLUXO PARA CONDUÇÃO DE HPP</b>	38
<b>APÊNDICE B – CHECKLIST MALETA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	39
<b>APÊNDICE C – CHECKLIST PARA CONFERÊNCIA DIÁRIA DO LACRE DA MALETA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	40
<b>APÊNDICE D – PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	41
<b>APÊNDICE E - BUNDLE PARA CONDUÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO</b>	42
<b>APÊNDICE F - FLUXO PARA CONDUÇÃO INICIAL DA HEMORRAGIA ATÉ A TRANSFERÊNCIA PARA UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA</b>	43
<b>APÊNDICE G – FICHA PARA GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE CONDUÇÃO DOS QUADROS DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO, REALIZADA PELO TIME DE HPP</b>	44
<b>APÊNDICE H – FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b>	45

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>DOC Nº</b> SAAS/GERAS/ PROT/0020
	<b>Protocolo de Hemorragia Pós-parto</b>	<b>VERSÃO</b> 01
		<b>VALIDADE</b> 11/08/2028
<b>ELABORAÇÃO</b> Maria do Perpétuo Socorro Araújo Braide  Cleimilson Alves da Silva  Anna Cindy Araújo Leite  Rafaela Pontes de Albuquerque  Daniel Ruan Alves Reis	<b>CARGO</b> Médica Ginecologista/Obstetra - CRM 2551MA, TEGO – 184/03 - Diretora Geral/Técnica da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)  Médico Ginecologista /Obstetra – CRM/MA 4461 / Diretor Clínico da MACMA  Enfermeira – COREN/MA 299775 – Gerente de Qualidade e Segurança da MACMA  Enfermeira – COREN/MA 251841 – Enfermeira da Qualidade da MACMA  Enfermeiro – COREN/MA 502117 – Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente da MACMA	<b>DATA</b> 27/07/2025
<b>REVISÃO</b> Albuquerque de Figueiredo Neto  Edilson Correa de Medeiros Junior  Cleode Montelo Calvet Junior  Tainá Valentim de Lima Correia Coelho Carmo  Izabela Cristina de Araújo Silva  Joenvilly Cardinele Rêgo Oliveira Azevedo	<b>CARGO</b> Médico – CRM 2758; RQE Cardiologia 331 Presidente do CRM  Médico – CRM 3508  Médico – CRM 4352. RQE Ginecologia 1273  Médica – CRM 10494. RQE Clínica Médica 3674. RQE Cardiologia Hemodinâmica 6120  Enfermeira – COREN 268.232 – Especialista em Qualidade da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares - EMSERH  Enfermeira – COREN/MA 105.509 - Gerente da Qualidade da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares - EMSERH	<b>DATA</b> 11/08/2025

Carlos Antônio Coimbra Sousa	Médico – CRM 6990- RQE Terapia Intensiva Adulto 3997. RQE Terapia Intensiva Pediátrica 6667. Coordenador da UTI Materna da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)	
Analamacia Pereira de Brito	Enfermeira – COREN/MA 183015 - Responsável Técnica das Maternidades Instituto ACQUA	
Tércia Silva Carvalho	Enfermeira - COREN/MA 7843 – Coordenadora da Rede Materno Infantil da SAAS/SES	
<b>APROVAÇÃO</b> Katia Cristina de Castro Veiga Trovão	<b>CARGO</b> Secretária Adjunta de Assistência à Saúde	<b>DATA</b> 11/08/2025
<b>RESPONSÁVEIS</b> Médicos, enfermeiros e equipes assistenciais.	<b>DISTRIBUIDO PARA</b> Maternidades e Hospitais com perfil de Obstetrícia do Estado do Maranhão	



## APRESENTAÇÃO

Este protocolo assistencial é destinado ao manejo clínico das Hemorragias Pós-Parto (HPP) nas Maternidades e Hospitais com perfil obstétrico no Estado do Maranhão, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna associada a esse quadro.

A implementação padronizada deste protocolo nas maternidades assegurará a execução eficaz de todas as etapas necessárias para o tratamento adequado e seguro dos casos de hemorragia, promovendo melhores resultados para as pacientes, o que resultará na redução dos óbitos maternos.

# 1 INTRODUÇÃO

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é a complicação mais frequente do puerpério e é responsável por mais de 25% das mortes maternas em todo o mundo (Escobar *et al.*, 2022). “No Brasil, ela ocupa a segunda causa de morte materna, perdendo apenas para os distúrbios hipertensivos” (FIOCRUZ, 2019).

Martins (2022) afirma que as duas primeiras horas após o parto são as mais críticas. A maior parte das mulheres que não sangram nessas duas primeiras horas normalmente não desenvolvem complicações depois. Por isso esse período é chamado de “HORA DE OURO”.

Dessa forma, “[...] é essencial que todas as instituições e profissionais que prestam assistência ao parto estejam devidamente preparados para prevenir, diagnosticar e manejar um quadro de HPP” (FEBRASGO, 2024, p. 2).

A elaboração desse protocolo, baseado em fundamentação técnica e científica, “diretrizes organizacionais e políticas que normatizam as ações médicas e de enfermagem frente aos quadros de HPP, tornará o cuidado uniforme, garantindo uma assistência integral” nas Maternidades e Hospitais com perfil obstétrico no Estado do Maranhão, conforme o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (Rio Grande do Norte, 2019).

Na perspectiva de reduzir o risco de óbitos por hemorragia pós-parto, elaborou-se estratégias para melhor condução do quadro clínico das pacientes, como: elaboração de Fluxo (APÊNDICE A), Padronização de uma maleta para hemorragia com checklist padrão (APÊNDICE B e C) e BUNDLE para condução da hemorragia pós-parto (APÊNDICE D). Neste protocolo, as unidades de saúde das demais regiões também poderão ter acesso a um fluxo para condução inicial da hemorragia até transferência para uma Unidade de referência (APÊNDICE E).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Garantir uma abordagem sistemática e eficaz no manejo da hemorragia pós-parto, visando a segurança materna e fetal, a estabilização da paciente e a minimização de complicações.

### 2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar precoce e precisamente as causas da hemorragia;
- b) Padronizar o manejo clínico / obstétrico;
- c) Monitorar e avaliar a resposta ao tratamento.

## 3 DEFINIÇÕES / CLASSIFICAÇÃO

### 3.1 Hemorragia Pós-Parto

Existem várias definições de HPP. A estratégia 0 MMXH-MS/OPAS/BRASIL define a hemorragia pós-parto “[...] como a perda sanguínea acima de 500 ml após o parto vaginal ou acima de 1000 ml após o parto cesáreo em 24 horas ou qualquer perda sanguínea pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica” (FIOCRUZ, 2019).

Define-se a hemorragia pós-parto como a perda sanguínea maior ou igual a 1.000 ml de sangue, ou qualquer perda acompanhada de sinais ou sintomas de hipovolemia, dentro de 24 horas após o nascimento e independentemente da via de parto, e corresponde a uma das principais causas de morte materna no mundo (Committee on Practice Bullentins – Obstetrics, 2017).

### 3.2 Hemorragia Pós-Parto Maciça

A hemorragia maciça é classifica quando ocorre a perda sanguínea é maior que 2000 mL nas primeiras 24 horas após o parto e que requeira a necessidade de 4 bolsas de hemoconcentrados ou que gere diminuição do hematócrito igual ou maior que 4 g/dL ou que ocasione distúrbios hemostáticos (Zugaib, 2023). Assim como, podemos conceitua-la quando ocorre a perda sanguínea excessiva, evidenciada pela redução de volume maior ou igual ao sangue total em 24h ou quando a hemorragia ocorre rapidamente chegando a mais de 50% do sangue circulante (Pettersen *et al.*, 2020).

### 3.3 Classificação

A HPP pode ser classificada como **primária** ou **secundária**, de acordo com o tempo decorrido entre o parto e o evento hemorrágico. A primária é aquela que ocorre dentro das 24h pós-parto, apresentando como principais causas: atonia uterina, retenção placentária, distúrbio de coagulação, inversão e rotura uterina, laceração / hematoma do canal do parto. A secundária ocorre após as 24h e até 6 a 12 semanas após o parto. Apresenta como principais causas, retenção de restos placentários, infecção puerperal (endometrite) e/ou subinvolução do leito placentário (Leduc *et al.*, 2009; Lalond; Mavrides *et al.*, 2016; Committee on Practice Bullentins – Obstetrics, 2017; OPAS, 2018).

## 4 CAUSAS DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

Atonia uterina, trauma no trato genital, retenção placentária, implantação anormal da placenta e coagulopatias são consideradas fatores fundamentais para a ocorrência da perda sanguínea excessiva. A atonia utrina, geralmente, é precedi-

da de corioamnionite, uso terapêutico de sulfato de magnésio, trabalho de parto prolongado ou indução precoce, miomas uterinos ou hiperdistensão uterina em gestação múltipla, macrosomia fetal ou polidrâmnio, tornando-se uma das principais causas da HPP (Yunas, *et al.*, 2025; Bienstock; Eke; Hueppchen, 2021).

**Tabela 1** - Causas específicas de hemorragia pós-parto – mnemônico “4Ts”.

“4Ts”	CAUSA ESPECÍFICA	FREQUÊNCIA (%)
Tônus	Atonia uterina	70%
Trajetos	Laceração, hematomas, inversão, rotura uterina	19%
Tecido	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
Trombina	Coagulopatias congênicas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%

Fonte: Elaborada com base em Lalond e FIGO (2012); OPAS (2018).

## 5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO

### 5.1 Estratificação de risco

Estratificar riscos consiste em antecipar ações evitando o agravamento do quadro com condutas que possam reduzir o dano à gestante, a identificação precoce dos riscos clínicos é essencial e sempre que novos riscos forem identificados a reavaliação é necessária. A adequada classificação permite a assistência de acordo com os riscos individuais gerados no período gestacional e devendo ser aplicado continuamente no pré-natal e admissão (Ruppel, *et al.*, 2021; OPAS, 2018).

**Quadro 1** - Estratificação de **BAIXO RISCO** para Hemorragia Pós-Parto (HPP) e recomendações assistenciais específicas, por grupo.

BAIXO RISCO	
CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE	RECOMENDAÇÕES ASSISTENCIAIS
o Ausência de cicatriz uterina; o Gravidez única; o ≥ 3 partos vaginais prévios; o Ausência de distúrbio de coagulação; o Sem história de HPP.	Manejo ativo do 3º estágio*.
	Observação rigorosa por 1 ou 2 horas em local adequado**.
	Estimular presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.

Fonte: OPAS (2018).

Legenda: \*Item 6.2; \*\*Evitar locais em que não há possibilidade de monitoramento adequado.

**Quadro 2** - Estratificação de **MÉDIO RISCO** para Hemorragia Pós-Parto (HPP) e recomendações assistenciais específicas, por grupo.

<b>MÉDIO RISCO</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE</b>	<b>RECOMENDAÇÕES ASSISTENCIAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Cesariana ou cirurgia uterina prévia;</li> <li>o Pré- eclampsia sem critérios de gravidade;</li> <li>o Hipertensão gestacional leve;</li> <li>o Superdistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia fetal);</li> <li>o <math>\geq 4</math> partos vaginais;</li> <li>o Corioaminionite;</li> <li>o História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica</li> <li>o Obesidade materna (IMC &gt; que 35kg/m<sup>2</sup>);</li> <li>o Indução do parto.</li> </ul>	Manejo ativo do 3º estágio*.
	Observação rigorosa por 1 ou 2 horas em local adequado**.
	Estimular presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.

Fonte: OPAS (2018).

Legenda: \* Item 6.2; \*\*Evitar locais em que não há possibilidade de monitoramento adequado. Não encaminhar paciente de médio risco para enfermaria ou quarto que oferecem apenas monitoramento habitual.

**Quadro 3** - Estratificação de **ALTO RISCO** para Hemorragia Pós-Parto (HPP) e recomendações assistenciais específicas, por grupo.

<b>ALTO RISCO</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE</b>	<b>RECOMENDAÇÕES ASSISTENCIAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Placenta prévia ou de inserção baixa;</li> <li>o Pré-eclâmpsia com critério de gravidade;</li> <li>o Hematócrito &lt; 30% + fatores de risco;</li> <li>o Plaquetas &lt; 100.000 mm<sup>3</sup>;</li> <li>o Sangramento ativo à admissão;</li> <li>o Coagulopatias;</li> <li>o Uso de anticoagulantes;</li> <li>o Descolamento prematuro de placenta;</li> <li>o Placentação anômala (acretismo);</li> <li>o Presença de &gt; dois fatores de médio risco.</li> </ul>	Manejo ativo do 3º estágio*.
	Observação rigorosa por 1 ou 2 horas em local adequado**.
	Estimular presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.
	Identificação do risco da paciente. Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16 G).
	Tipagem sanguínea.
	Hemograma.
	Prova cruzada.
	Reserva de sangue (duas bolsas de concentrado de hemácias)***.

Fonte: OPAS (2018).

Legenda: \*Item 6.2; \*\*Evitar locais em que não há possibilidade de monitoramento adequado. Não encaminhar paciente de alto risco para enfermaria ou quarto que oferecem apenas monitoramento habitual. \*\*\* Reservar outros hemoderivados de acordo com a necessidade do caso.



**MAIS DE 50% DOS CASOS DE HPP NÃO TÊM QUALQUER FATOR DE RISCO**

## 5.2 MEDIDAS PREVENTIVAS – MANEJO ATIVO

Feito profilaticamente em todos os partos (APÊNDICE A), seja ele:

**Quadro 4** - Condutas preventivas.

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Injetar 10 UI, por via IM, de ocitocina, logo após o nascimento, em todos os partos (vaginais e cesarianas) - reduz em 50% os casos de HPP. Nos casos de indisponibilidade de ocitocina usar outros uterotônicos: derivados de <i>ergot</i> ;		
Tração controlada do cordão – realizar apenas se houver profissional treinado;		
Clampeamento tardio do cordão - clampear o cordão umbilical após o primeiro minuto de vida;		
Contato pele a pele (até 1 hora, quando possível);		
Vigilância / massagem uterina – massagem gentil a cada 15min nas primeiras 2h, após a retirada da placenta;		
Presença de acompanhante para auxiliar a detecção de sinais de alerta.		

Fonte: Adaptado de OPAS (2018); Febrasco (2021).

**Quadro 4** - Resumo de medidas preventivas – manejo ativo.

CONDUTA DE ACORDO COM A EXTRATIFICAÇÃO DE RISCO	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação;</li><li>• Acesso venoso periférico (Jelco 16G);</li><li>• Tipagem sanguínea;</li><li>• Hemograma.</li></ul>	<div>MÉDIO RISCO</div> <div>ALTO RISCO</div>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prova cruzada;</li><li>• Reserva de sangue.</li></ul>	<div>ALTO RISCO</div>
<b>A observação desses casos deve ser em ambiente adequado. Não deve ser em enfermaria de risco habitual</b>	

Fonte: Adaptado de OPAS (2018).

## 6 ESTIMATIVA DE PERDA SANGUÍNEA NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

A perda de sangue durante o período pós-parto é considerada fisiológico podendo ocorrer no parto vaginal ou cesariano, deste modo, o corpo se prepara através do aumento de 40% de volume do plasma e de 25% no número de hemácias. Observa-se o desenvolvimento de mecanismos de coagulação no momento da saída da placenta do local de inserção, contratilidade dos vasos e formação de trombos na vasculatura do útero. Outro fator primordial na perda sanguínea é a contração uterina e redução do miométrio, comprimindo-se os vasos e reduzindo o risco de sangramentos (Zugaib, 2023).

Casos graves de hemorragia podem evoluir para situações clínicas complexas como Síndrome da Angustia Respiratória Aguda (SARA), Coagulação Intravascular Disseminada (CID), choque e necrose hipofisária, ocasionando a síndrome de Sheehan (Rezende Filho, 2024).

Realizar a estimativa do quantitativo de sangue perdido é essencial para a classificação e conduta correta nos casos de HPP nas maternidades (Tabela 3).

### 6.1 Índice de Choque (IC)

Utilizado para detectar precocemente descompensação hemodinâmica no choque hipovolêmico.

#### Cálculo do Índice de Choque

$$\frac{\text{FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)}}{\text{PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PA)}} \geq 0,9$$

Fonte: OPAS (2018).

**Tabela 2** - Índice de choque na hemorragia pós-parto: valor, interpretação e consideração na abordagem.

VALOR IC	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR HPP
≥ 0,9	Risco de transfusão	Abordagem agressiva Hemotransfusão Transferência
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça
≥ 1,7	Alto risco e resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça Comunicar – UTI ou solicitar transferência via regulação

Fonte: Adaptada de OPAS (2018).

**Tabela 3** - Estimativa de perda sanguínea, sinais clínicos, grau e índice de choque na hemorragia pós-parto: necessidade de transfusão.

ESTIMATIVA DE PERDA SANGÜINEA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PERFUSÃO	PULSO	PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA (mmHg)	GRAU DE CHOQUE	TRANSFUSÃO
10-15% 500-1000ml	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente não
16-25% 1000 – 1500ml	Normal ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Leve	Possível
26-25% 1500-2000ml	Agitada	Palidez, frieza e sudorese	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
>35% >2000ml	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese, perfusão capilar >3seg	>120	<70	Grave	Possível transfusão Maciça

Fonte: OPAS (2018).

## 7 TRATAMENTO

Os tratamentos pós-parto (hora ouro) são indicados para evitar a tríade letal do choque hipovolêmico (figura 1).

**Figura 1** - Tríade letal do choque hipovolêmico.



Fonte: Adaptada de OPAS (2018).

### 7.1 Tratamento da hemorragia pós-parto “HORA OURO” – medidas gerais

A hora ouro consiste na recomendação do controle do sítio do sangramento dentro da primeira hora pós-parto.

As diretrizes da HPP recomendam uma abordagem multidisciplinar para alcançar o controle precoce e eficaz do tratamento (Andrade; Silva; Pereira, 2025). A sequência do atendimento pode ser observada na Quadro 6.

**Quadro 6** - Sequência do atendimento de HPP.

#### **A. Ajuda – Avaliação inicial**

- Verbalização clara do diagnóstico;
- Chamar obstetra de plantão imediatamente;
- Chamar equipe multidisciplinar (enfermeiro, técnico de enfermagem, anestesista);
- Estimar gravidade da perda sanguínea (sinais vitais, IC, perda sanguínea);
- Comunicar paciente;
- Realizar avaliação rápida da causa da hemorragia (tônus, trajeto, tecido, trombina).

## **B. Básico**

- Solicitar maleta de Kit hemorrágico (APÊNDICE B);
- Acionar laboratório e solicitar os seguintes exames: hemograma, coagulograma, fibrinogênio, prova cruzada. Nos casos graves de HPP, solicitar também lactato e gasometria;
- Acionar banco de sangue (solicitar reserva de sangue);
- Puncionar 02 acessos calibrosos (coleta de exames, administração de líquidos, sangue e medicamentos) – Jelco 14 ou 16;
- Colocar máscara de oxigênio (8 a 10 L);
- Elevar os membros inferiores (Manobra de Trendelenburg);
- Estabelecer monitorização contínua (sinais clínicos e vitais - FC, PA, Tax, SatO2 - Saturação de Oxigênio);
- Avaliar a necessidade de antibioticoterapia;
- Instalar sonda vesical de Foley (número 14) para monitorização da diurese.

## **C. Controle da Volemia - Reposição Volêmica**

- Estimar gravidade da perda volêmica ( $IC \geq 0,9$  - avaliar necessidade de transfusão);
- Infundir Cristaloide aquecido (ringer lactato ou soro fisiológico 0,9% - até 1500ml), e reavaliar a resposta clínica da paciente a cada 500ml infundidos;
- Realizar controle rigoroso da volemia e iniciar a transfusão sanguínea imediatamente se houver: instabilidade hemodinâmica ou após o uso de 1500ml de cristalóide em HPP grave (evitar infusão de cristalóide acima de 1.500ml devido a hemodiluição dos fatores de coagulação, agravando o quadro de sangramento);
- Prevenir hipotermia (utilizar manta térmica/cobertor/soro aquecido).

## **D. Determinar a etiologia: “4Ts”- Tônus, trajeto, tecido, trombina (Item 9)**

- Determinar tônus uterino – palpação uterina;
- Revisar a cavidade uterina – restos placentários;
- Revisar do canal do parto – verificar presença de lesão/hematoma: vagina, colo segmento uterino;
- Avaliar antecedentes para coagulopatia.

## **E. Específicos e adjuvantes**

- Tratar a causa da hemorragia;
- Iniciar tratamento coadjuvante - ácido tranexâmico: 1g diluído em 100 ml de soro fisiológico 0,9%, correr em 10 minutos.



**F. Foco na atonia, se atonia confirmada**

- Realizar compressão uterina bimanual - imediatamente enquanto aguarda medicação;
- Medicação – Tabela 4;
- Instalar balão de tamponamento intrauterino.

**G. Geral: avaliação pós abordagem inicial**

- Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico da paciente (feito através do cálculo do IC);
- Realizar transfusão de hemoderivados, caso seja necessário (de acordo com o IC e estado clínico da paciente);
- Evitar hipotermia (temperatura abaixo de 35 graus): verificar temperatura axilar a cada 15 minutos na 1ª hora. Se necessário, utilizar manta térmica ou cobertores e/ou soro aquecido;
- Em caso de falha do tratamento conservador, avaliar tratamento cirúrgico.

**H. Avaliar tratamento cirúrgico**

- Sutura compressiva (ex: B-Lynch);
- Histerectomia;
- UTI de acordo com a gravidade.

Fonte: Adaptado de OPAS (2018).

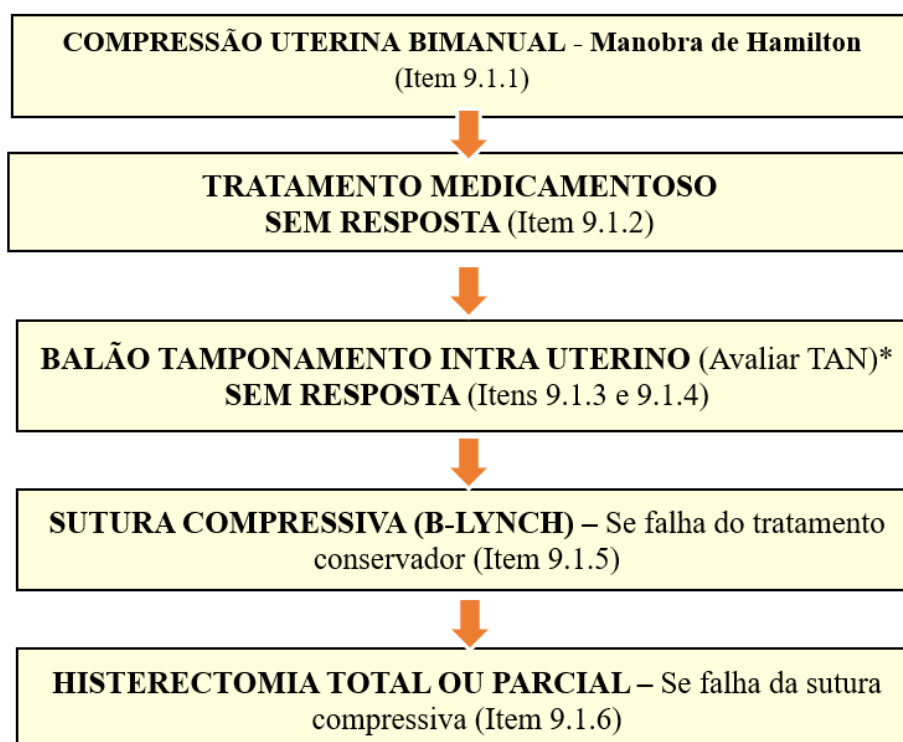
**Atenção: Pacientes de Alto Risco, acionar o Núcleo Interno de Regulação (NIR) para solicitar leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) via Central de Regulação.**

## 8 DETERMINAR CAUSA DA HEMORRAGIA

A identificação da causa é fundamental e os fatores podem ser classificados através do mnemônico “4 Ts”, sendo: Tônus, Trauma, Tecido e Trombose. O controle precoce do sítio de tratamento é a medida mais eficaz no tratamento de HPP (Watkins; Stem, 2020).

### 8.1 Atonia Uterina: Tônus

**Figura 2** - Sequenciamento do tratamento da atonia uterina – Tônus.



Fonte: Organizada pelos autores (2025).

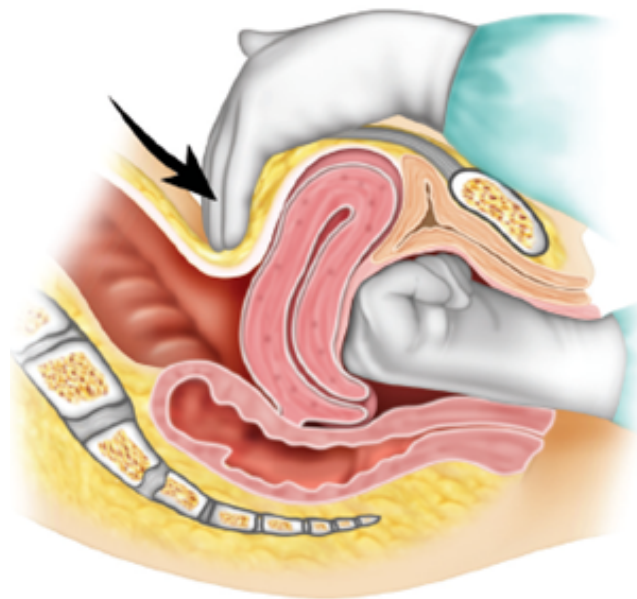
Legenda: \* Tan: Nas pacientes com ou eminência de instabilidade hemodinâmica ou em caso de transferência.

#### 8.1.1 Manobra de Hamilton

De acordo com a Fiocruz (2024), devido a grande circulação promovida pelas artérias uterinas, a manobra de Hamilton é conceituada como a compressão do abdome, na altura do fundo uterino e a inserção da outra mão via canal vaginal para a compressão das artérias uterinas com a finalidade da redução do sangramento.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2025) orienta a realização da manobra de Hamilton como o primeiro tratamento invasivo não cirúrgico nas situações de atonia uterina, enquanto são realizados os demais procedimentos assistenciais para a redução do quadro hemorrágico.

**Figura 3** - Manobra de Hamilton (massagem uterina bimanual).



Fonte: Rezende Filho (2024).

8.1.2 Tratamento medicamentoso

O uso de medicações é fundamental para condução dos casos de hemorragia pós-parto, os uterotônicos e os antifibrinolíticos auxiliam nesse processo diminuindo a perda sanguínea (FEBRASGO, 2025). Há a recomendação para prevenir quadros hemorrágicos com a administração profiláticas dos estimulantes uterinos para auxiliar na contração. Nas situações em que ocorram hemorragia, os uterotônicos são as medicações de primeira linha na HPP, indicando-se a ocitocina, ergometrina e os análogos de sintéticos de prostaglandinas como o misoprostol no tratamento (Wray; Arrowsmith; Sharp, 2023).

**Tabela 4** - Atonia uterina – tratamento medicamentoso.

Medicação	Via de Administração	Dose	Observações
<b>Ocitocina</b> (primeira escolha) - Cada ampola de 1ml contém 5 UI de ocitocina.	IV	Infundir 5 UI de ocitocina IV lento - <i>bolus</i> (3min)  Associado à 20- 40 UI (4 à 8 ampolas) em 500 ML SF 9%  A infusão de 250mL/h por 2h  Manutenção 125mL/h por 4h	Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de ocitocina até 24h. Na velocidade de 67,5mL/h ou 3 UI hora.  Monitorar a paciente pelo risco intoxicação hídrica

<b>Maleato de metilergometrina</b> cada ampola de 1mg contém 0,2mg.	IM	Infundir uma ampola (0,2 mg), IM, repetir em 20 min se necessário. Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2mg, IM, sendo uma ampola a cada 4 h. (dose máxima: 1 mg / 24 hs)	Contraindicado em pacientes com hipertensão arterial
<b>Misoprostol</b> (comprimido de 200mcg)	Retal	800g (4 comprimidos)	Considerar o tempo de início de ação do misoprostol via retal que é de 15 à 20min.
<b>Ácido Tranexâmico</b> (cada ampola de 5ml, contém 250mg de ácido tranexâmico)	IV	1g (4 ampolas de 250mg) em 100 ml SF 9%, infundir em 10 minutos. Iniciar nas primeiras 3 horas após hemorragia. Repetir após 30 minutos ou até em 24 hs se necessário.	

Fonte: Adaptada de OPAS (2018).

### 8.1.3 Balão de Tamponamento Intrauterino (BTI Artesanal e Bakri)

O BTI é um procedimento usando em complicações hemorrágicas, por permitir pressão direta sobre a parede do endométrio e miométrio consequentemente reduzindo o sangramento intrauterino, indicado tanto para partos cesarianos, quando vaginais. O seu uso em momento oportuno diminui as chances de procedimentos invasivos que podem ocasionar a histerectomia pela grande perda sanguínea materna. Seu tempo máximo de uso recomendado é de 24 horas e deve se retirar o volume do balão gradualmente (OPAS, 2018; Revert *et al.*, 2018).

**Balão de Tamponamento Intrauterino: Pode ser utilizado no controle temporário ou definitivo da HPP. Podendo ser muito útil para viabilizar transferência da paciente.**

#### 1) Indicação do uso do balão:

- Atonia – Nas situações em que as drogas uterotônicas falharam em controlar o HPP;
- Placenta prévia;
- Prevenção de inversão uterina recorrente;

- d) Acretismo;
- e) Retenção placentária.

Fonte: Henrique, Alves e Lopes (2022).

## 2) Contra Indicação do uso do balão:

- a) Alergia aos componentes do dispositivo;
- b) Neoplasias e infecções cervicais, vaginais e uterinas;
- c) Anomalias uterinas;
- d) Roturas uterinas;
- e) Laceração do trajeto;
- f) Persistência de material ovular.

Fonte: Henrique, Alves e Lopes (2022).

**Observação:** Não há evidências suficientes que recomendem o seu uso em casos de **coagulopatia** e existe o risco potencial de o posicionamento do BTI precipitar uma **perfuração** nos casos de acretismo placentário, pelo adelgaçamento. As complicações relacionadas ao seu uso incluem, especialmente, a **perfuração** uterina e a **infecção** puerperal (OPAS 2018; FEBRASCO, 2021).

**Figura 4** - Balão de tamponamento intra-uterino.



Fonte: Henrique, Alves e Lopes (2022).

## 4) Inserção do balão por via vaginal: Inserção do balão de tamponamento após parto vaginal

- a) Manter a paciente adequadamente monitorizada;
- b) Garantir que o útero não apresente qualquer fragmento de placenta, ou que não tenha lacerações ou traumatismo no trato genital;
- c) Realizar antisepsia, sondagem vesical de demora, exposição (valvas)



e pinçamento cervical;

d) Inserir o balão manualmente ou com pinças (guiados ou não com ultrassonografia);

e) Infundir com um líquido estéril, com auxílio de seringa ou componente de rápida instilação que acompanham o dispositivo. Nunca deverá ser preenchido com ar ou qualquer gás; Volume de enchimento: mínimo 300mL e máximo de 500mL. Exceder o volume indicado aumenta a chance de deslocar o balão ou causar sobre distensão uterina e dor à paciente. Enchimentos inferiores ao mínimo indicado podem estar associados a compressão uterina insuficiente e falha do método. O volume infundido deve ser registrado em prontuário;

f) Confirmar o posicionamento correto (manualmente ou através de realização de USG em sala, caso disponível): o balão deve estar completamente posicionado acima do orifício interno do colo uterino. Caso se observe o posicionamento inadequado, esvaziar o balão e empurrá-lo para a posição correta com auxílio de espéculo e uma pinça longa. Encher novamente o balão com volume menor que o anterior e confirmar o posicionamento;

g) A tração da haste do balão é opcional. Se desejar manter a tensão, fixe a haste do balão à perna da paciente ou prenda a um peso que não exceda 500g;

h) Caso se opte por colocação de compressa para evitar o deslocamento do balão para a vagina: Deixar a cordinha da compressa para fora da vagina, se possível, presa à haste do balão e registrar nota em prontuário sobre a presença dela;

i) Monitorar continuamente a paciente. Atenção a sinais de aumento de hemorragia e cólicas uterinas;

j) Manter monitorização não invasiva, realizar a coleta de exames hematimétricos (Hb/Ht) para controle logo após a passagem do balão e após 12h;

k) Manter ocitocina profilática para prevenção de HPP e avaliar a necessidade de outros fármacos.

l) Realizar antibióticoprofilaxia com cefalosporina ou gentamicina/clindamicina durante todo tamponamento tem sido recomendado.

Fonte: Giacometti *et al.* (2023); Henrique, Alves e Lopes (2022).

**5) Inserção do balão por via abdominal:** Inserção do balão de tamponamento após parto cesárea

a) Nas cesáreas, as particularidades restringem-se às dificuldades para inserção do dispositivo e ao volume reduzido de infusão no seu interior.

- b) BTI podem ser utilizados em pacientes com cesárea finalizada. Nessa situação a infusão não deve exceder 250ml para não comprometer a integridade da histerorrafia. Nas cesáreas eletivas a passagem do balão para cavidade uterina (rota vaginal) pode ser dificultada devido à ausência de dilatação cervical.
- c) Inserir o balão através da histerotomia na cavidade uterina;
- d) Após inserção do balão, fechar cuidadosamente a incisão uterina para evitar perfurar o balão.
- e) Instilar o fluido após histerorrafia e registrar o volume em prontuário.
- f) Suturas de compressão uterina e traje antichoque não pneumático (TAN), podem ser usadas concomitantemente com o tamponamento por balão (neste caso, não exceder 100ml de líquido de infusão) se o balão sozinho não controlar o sangramento;
- g) Siga as instruções 6 a 12 previamente citadas no item 9.1.3.3 “inserção do balão de tamponamento após parto vaginal”.

Fonte: Giacometti *et al.* (2023); Henrique, Alves e Lopes (2022).

### **5) Considerar falha do tamponamento intrauterino:**

- a) Perda sanguínea através do orifício de drenagem acima 100 ml/hora na primeira hora ou mais de 50 ml/hora nas três avaliações subsequentes realizadas a cada hora;
- b) Aumento do fundo uterino (com ou sem sangramento visível da porta de drenagem). Neste caso, avaliar possibilidade de sangramento intrauterino oculto;
- c) Instabilidade hemodinâmica.

Fonte: Giacometti *et al.* (2023).

**Caso ocorra falha do método, abordagem cirúrgica está indicada e não deve ser postergada.**

### **6) Retirada do balão**

- a) Após 12 horas da inserção, deve ser realizada uma avaliação da possibilidade de retirada do balão, de acordo com o volume de sangramento e quadro da paciente;
- b) O tempo de permanência máxima do balão é de 24 horas;
- c) O balão pode ser removido antes, caso se observe falha do método, para que se proceda o tratamento definitivo.

Fonte: Giacometti *et al.* (2023).

**Importante:** Como retirar o balão

- a) Elimine a tensão da haste do balão, caso haja;
- b) Retire a(s) compressa(s) de contrapressão, caso haja;
- c) Com uma seringa adequada, aspire o conteúdo do balão até ficar totalmente vazio (opção de retirada de 100 mL a cada 15 minutos) - checar em prontuário volume utilizado na insuflação;
- d) Em caso de emergência, a haste do cateter pode ser cortada para facilitar o esvaziamento mais rápido;
- e) Retirar cuidadosamente o balão do útero e do canal vaginal e eliminá-lo.

Fonte: Giacometti *et al.* (2023).

## 7) Complicações

- a) Deiscência da histerotomia durante a insuflação do balão;
- b) Perfuração/rotura uterina;
- c) Trauma cervical devido à insuflação do balão em um local incorreto.

Fonte: Giacometti *et al.* (2023).

### 8.1.4 Traje Antichoque Não Pneumático (TAN)

Consiste em uma tecnologia para controle transitório da HPP, com intuito de obter tempo extra para transferência ou abordagem segura da hemorragia (OPAS, 2018).

O TAN é uma veste de neoprene com Velcro, reutilizável que recobre a paciente do tornozelo ao abdômen, de forma segmentada (totalizando seis segmentos), seu mecanismo consiste na realização de pressão circunferencial de 20 a 40 mmHg nas partes inferiores do corpo, reduzindo o fluxo sanguíneo no sítio da lesão pélvica e redirecionando para regiões superiores do organismo (órgãos nobres). Tal efeito pode permitir tempo adicional para transferências seguras ou abordagem da HPP (Miller; Martin; Morris, 2008; OPAS, 2018).

Seu manuseio é fácil e o tempo necessário para capacitar os profissionais é pequeno (Miller; Martin; Morris, 2008). Por não utilizar manqueto pneumático, o TAN não produz riscos de necrose de membros associados ao garroteamento deles.

Outra vantagem do TAN é que ele não recobre a região perineal, o que permite a realização de procedimentos na cavidade vaginal mesmo quando posicionado. Ou seja, pode-se realizar procedimentos abdominais com o TAN posicionado. Nesses casos, deve-se retirar os segmentos abdominais e pélvicos, mantendo

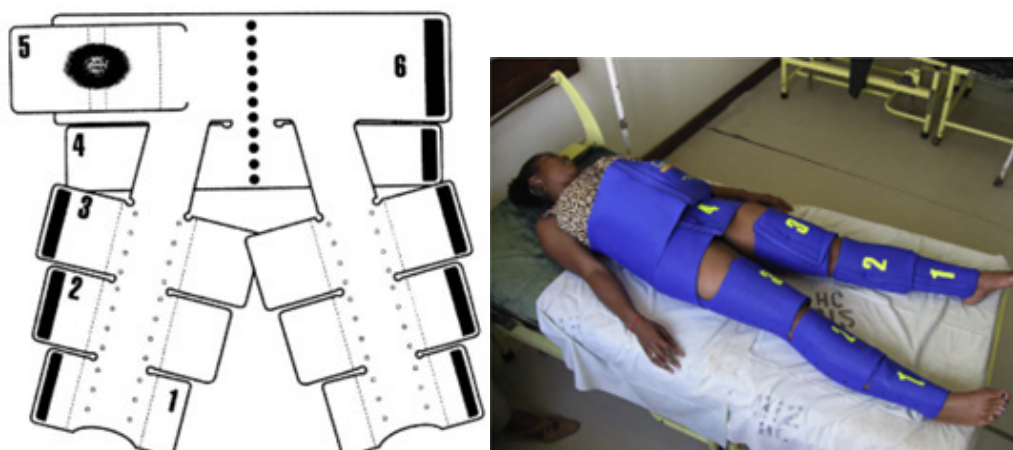
os segmentos inferiores. Após o fim da laparotomia, reposiciona-se os segmentos retirados para a cirurgia (Miller; Martin; Morris, 2008; OPAS, 2018)

**O uso de TAN está indicado para pacientes com HPP e instabilidade hemodinâmica ou sangramento vultuoso com iminência de choque hipovolêmico (Miller; Martin; Morris, 2008; Escobar *et al.*, 2022).**

### Contraindicação

- a) Pacientes com lesões supradiaphragmáticas, doenças cardíacas e pulmonares graves (ex.: estenose mitral, hipertensão e edema agudo de pulmão) ou gestantes com feto vivo;
- b) O TAN pode ser mantido por horas ou dias;
- c) O uso do TAN apresenta cuidados para seu posicionamento e retirada que devem ser seguidos para garantir a segurança do paciente e o sucesso do procedimento (Febrasco, 2021).

**Figura 5** - Traje Antichoque Não Pneumático (TAN).



Fonte: Miller, Martin e Morris (2008).

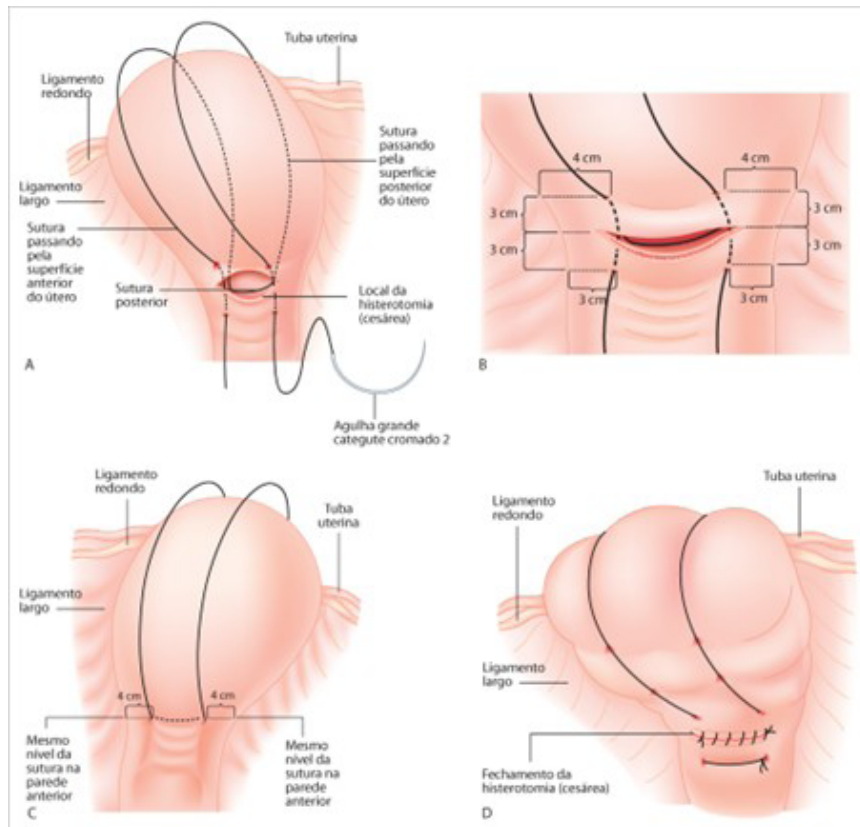
### 8.1.5 Sutura compressiva

Na ausência de resposta às medidas anteriores para controle da hemorragia pós-parto, indicar suturas compressivas

As suturas compressivas são uma excelente opção cirúrgica no controle do HPP. Esses procedimentos promovem compressão mecânica sobre o útero por meio de suturas.

A técnica mais utilizada é a técnica de B-Lynch.

**Figura 6** - Técnica de B-Lynch.



Fonte: Zugaib (2023).

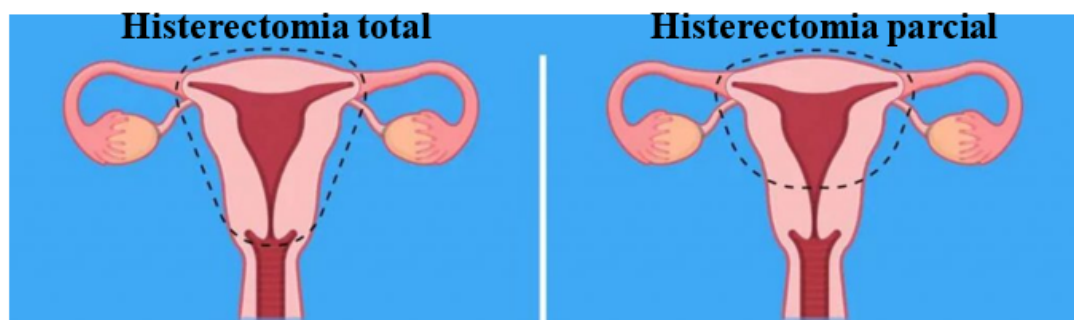
Legenda: A: Sutura de B-Lynch; B: Distância entre os pontos; C: visão posterior; D: aspecto final com histerorrafia.

### 8.1.6 Histerectomia

Na ausência de resposta ao B-Lynch para controle da hemorragia pós-parto, indicar a histerectomia. A histerectomia é a última etapa do tratamento cirúrgico da HPP, podendo ser total ou parcial (Mavrides *et al.*, 2016; Febrasco, 2021).

**Histerectomia parcial a técnica de escolha na maioria dos casos: pela facilidade, pela agilidade na realização e pela menor morbidade associada. Nos casos de lesões cervicais pode ser necessário a realização de histerectomia total (Mavrides *et al.*, 2016).**

**Figura 7** - Ilustração das diferenças anatômicas entre histerectomia total e parcial.



Fonte: Sato (2025).

**OBS: Cirurgia de controle de danos – Pacientes críticos, sem condições de abordagem imediata.**

A indicação da cirurgia para controle de danos necessita de uma avaliação criteriosa e deve ser indicada quando a puérpera se encontra na tríade letal ou quando todas as medidas de controle de hemorragia não foram suficientes. Objetivando controlar temporariamente o sangramento ativo e permitir o controle hemodinâmico da paciente (Alves; Nagahama; Nozaki, 2020).

O termo controle de danos é uma estratégia de tratamento para pacientes críticos, na qual se reduz o tempo cirúrgico, sacrificando o reparo definitivo e imediato das lesões. Opta-se por realizar uma hemostasia temporária a fim de permitir a restauração volêmica, correção dos distúrbios de coagulação e/ou tratamento da disfunção dos órgãos na paciente o mais rápido possível. Uma das técnicas mais conhecidas de “Damage Control” é a compressão das múltiplas áreas sangrantes através do empacotamento abdominal ou pélvico com compressas. O tratamento definitivo é realizado após a estabilização da paciente, que, em geral, ocorre entre 2 a 5 dias da abordagem inicial. Nas pacientes com evidência clínica de coagulopatia após a histerectomia, tem sido proposto realizar o empacotamento pélvico com compressas e com laparostomia recoberta (preferencialmente) com curativos a vácuo (ex: Vacuum pack technique). Deve-se ressaltar que, após a resolução de um quadro de HPP, a persistência de sinais de instabilidade hemodinâmica pode indicar a presença de um sítio ativo de sangramento (oculto ou não) ou a necessidade de hemotransfusão. Assim, é importante pesquisar e revisar todos os focos de sangramento possíveis, incluindo no retroperitônio, especialmente quando ocorrer ou suspeitar-se de lesões de trajeto! (OPAS, 2018, p. 43-44).

## 8.2 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: TRAUMA

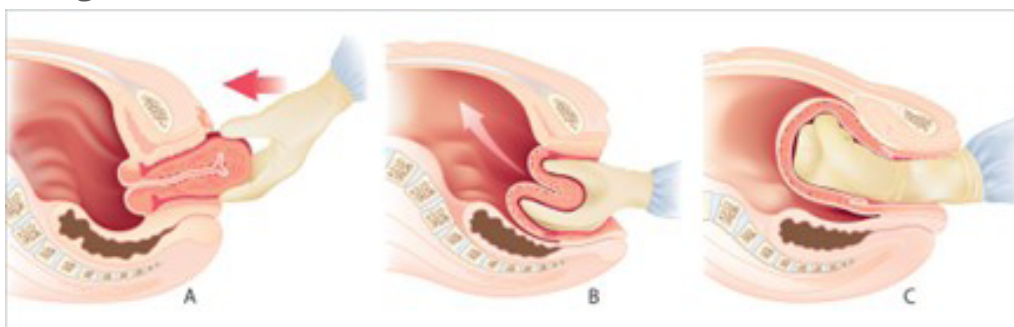
**Quadro 7 - Causas e tratamento do trauma.**

CAUSA	TRATAMENTO
Laceração	Sutura das lacerações (revisão do colo uterino/ cavidade vaginal / sítio cirúrgico)
Hematoma	Revisão direta do canal do parto ou região cirúrgica.
Rotura Uterina	Laparotomia
Inversão Uterina	Manobra de taxe – Se houver falha da laparotomia.
<b>OBS: Rever seguimento uterino de pacientes com cesárea previa após parto vaginal.</b>	

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).



**Figura 8** - Tratamento da Inversão uterina- Manobra de Taxe.



Fonte: Adaptada de Zugaib (2023).

Legenda: (A) O fundo uterino invertido é levado novamente para dentro da cavidade uterina; (B) Faz a pressão no fundo uterino com a palma da mão, em direção a cicatriz umbilical; (C) Mantém-se o punho da mão na cavidade uterina, até ocorrência de contração.

### 8.3 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: TECIDO

Hemorragia pós-parto causada por retenção de tecido placentário e acretismo placentário (OPAS, 2018).

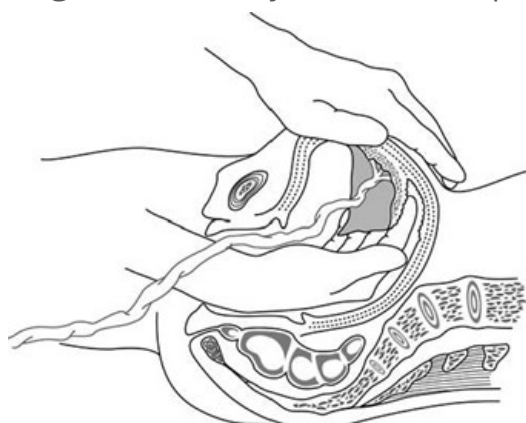
Nos casos de HPP devido a retenção placentária, deve ser feita revisão da cavidade uterina.

**Quadro 8** - Tratamento de acordo com o dano ao tecido.

CAUSA	TRATAMENTO
Retenção placentária	Extração manual de placenta (fig 9)
Resto placentários	Curetagem
Acretismo placentário	Avaliar histerectomia com placenta em sítio ou conduta conservadora

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

**Figura 9** - Remoção manual da placenta.



Fonte: Médicos Sem Fronteiras (©2025).

## 8.4 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: TROMBINA (COAGULOPATIA)

Hemorragia pós-parto causada por deficiência de fatores de coagulação, uso de anticoagulantes, sangramentos excessivos intra-operatórios e plaquetopenias.

Investigar história clínica

### 8.4.1 Tratamentos específicos

- 1) Transfusão de Concentrado de Hemácias.
- 2) Transfusão de Plasma Fresco Concentrado.
- 3) Transfusão de Plaquetas.
- 4) Transfusão de Crioprecipitado.
- 5) Transfusão de Fator de Coagulação VII Ativado.

## 9 PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO PARA HPP MACIÇA

HPPs maciças são sangramentos após o parto, independente da via de nascimento, que são superiores a 2000ml/24h ou que necessitam de transfusão mínima de 4 UI de concentrado de hemácias em 1 hora ou resultem na queda da hemoglobina  $\geq 4\text{g/dl}$  ou sejam capazes de promover distúrbios de coagulação.

O uso do protocolo visa otimizar a ressuscitação com hemocomponentes e minimizar complicações.

Define-se transfusão maciça como a administração de grande volume de sangue ou hemocomponentes em um curto período, geralmente mais de 10 unidades de concentrado de hemácias em 24 horas ou mais de 4 unidades em 1 hora. O protocolo 1:1:1, que envolve a transfusão de Concentrado de Hemácias (CH) (1), Plasma Fresco Congelado (PFC) (1) e Plaquetas (PQT) (1) na proporção de 1:1:1, é frequentemente utilizado para corrigir a coagulopatia dilucional associada à hemorragia maciça (OPAS, 2018).

### 1) Protocolo HPP maciça:

- a) 1 Concentrado de Hemácias (CH);
- b) 1 Plasma Fresco Congelado (PFC);
- c) 1 Unidade Crioprecipitado (CRIO);
- d) 1 Unidade plaquetas por aférese (PQT).



## **2) Metas terapêuticas:**

- a) Hb > 8g/dL;
- b) Fibrinogênio: 150 – 200, g/dL;
- c) Plaquetas > 50.000/mm<sup>3</sup>;
- d) TP (RNI).

## **10 INDICADORES**

### **1) Taxa de puérperas que evoluíram com hemorragia (APÊNDICE G e A)**

O objetivo é monitorar a incidência de hemorragia pós-parto entre puérperas assistidas na maternidade ou hospital com perfil obstétrico, com foco na avaliação da qualidade do cuidado obstétrico, na prevenção de complicações graves e na redução da morbimortalidade materna.

### **2) Taxa de mortalidade materna relacionada a hemorragia pós-parto (APÊNDICE G e B)**

O objetivo é monitorar a ocorrência de óbitos maternos decorrentes de hemorragia pós-parto, afim de identificar falhas no cuidado e substituir ações de prevenção, melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.

### **3) Taxa de adesão ao protocolo de hemorragia pós-parto (percentual de casos em que todas as etapas do protocolo foram seguidas) (APÊNDICE G e C)**

O objetivo é avaliar a conformidade da equipe multiprofissional quanto à aplicação completa do protocolo institucional de manejo da hemorragia pós-parto visando a melhoria contínua da qualidade assistencial e a redução de riscos maternos.

### **4) Taxa de histerectomia (realizada como medida definitiva para controle da hemorragia) (APÊNDICE G e D)**

O objetivo é monitorar a frequência de histerectomias indicadas como intervenção definitiva no manejo da hemorragia pós-parto, contribuindo para a melhoria da assistência e redução morbimortalidade materna.

**Atenção:** O protocolo deve ser gerenciado de acordo com o APÊNDICE F.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. L. L.; NAGAHAMA, G.; NOZAKI, A. M. Manejo Cirúrgico da hemorragia pós-parto. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e obstetrícia (FEBRASGO)**, Rio de Janeiro, n. 4, out. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS---N4---Outubro-2020---portugues.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.

ANDRADE, Carolina Fassina; SILVA, Wallace Mendes da; PEREIRA, Marcos Nakamura. Hemorragia pós-parto. *In*: PENSO, Fátima Cristina Cunha; FIGUEIRA, Joana Andrade (org.). **Manual de emergências obstétricas**. Rio de Janeiro: Município de Rio de Janeiro, 2025. p. 38-49. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro\\_ManualDeEmergenciasObstetricas\\_PDFDigital\\_20250221\\_-\\_Superintend%C3%Aancia\\_de\\_Maternidades\\_SUBHUE\\_SHPM.pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_ManualDeEmergenciasObstetricas_PDFDigital_20250221_-_Superintend%C3%Aancia_de_Maternidades_SUBHUE_SHPM.pdf). Acesso em: 15 jul. 2025.

BIENSTOCK, J. L.; EKE, C. A.; HUEPPCHEN, N. A. Postpartum Hemorrhage. **The New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 384, p. 1635-45, abr. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33913640/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS – OBSTETRICS. Practice Bulletins n.º 183: Postpartum Hemorrhage. **Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 130, n. 4, e168-e186, oct. 2017. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002351. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2017/10000/practice\\_bulletin\\_no\\_183\\_\\_postpartum\\_hemorrhage.56.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2017/10000/practice_bulletin_no_183__postpartum_hemorrhage.56.aspx). Acesso em: 15 jul. 2025.

ESCOBAR, M. F. *et al.* FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 157, (Suppl. 1), p. 3-50, mar. 2022. DOI: 10.1002/ijgo.14116. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35297039/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Hemorragia pós-parto**. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 36/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas). Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8700229/mod\\_resource/content/1/Refer%C3%Aancia%20Protocolo%20FEBRASGO%20-%20Hemorragia%20Puerperal.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8700229/mod_resource/content/1/Refer%C3%Aancia%20Protocolo%20FEBRASGO%20-%20Hemorragia%20Puerperal.pdf). Acesso em: 15 jul. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Hemorragia pós parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico**. Edição Especial 2024. São Paulo: FEBRASGO, 2024. Disponível em: [https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS---Edicao-Especial-2024\\_1\\_Portugues-1.pdf](https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS---Edicao-Especial-2024_1_Portugues-1.pdf). Acesso em: 07 ago. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Hemorragia pós-parto**. 3. ed. São Paulo: FEBRASGO; 2025. 5 (Protocolo Febrasgo Obstetrícia, n. 52/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas). Disponível em: [https://femina.org.br/wp-content/uploads/sites/12/articles\\_xml/0100-7254-femina-53-4-0278/0100-7254-femina-53-4-0278.pdf](https://femina.org.br/wp-content/uploads/sites/12/articles_xml/0100-7254-femina-53-4-0278/0100-7254-femina-53-4-0278.pdf). Acesso em: 25 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Instituto Nacional De Saúde Da Mulher, Da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF; **Principais Questões sobre Manejo da Hemorragia no Pós-Parto**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-manejo-da-hemorragia-no-pos-parto/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente. **Principais Questões sobre Intervenções Oportunas na Hemorragia Obstétrica**. Rio de Janeiro, 13 nov. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-intervencoes-oportunas-na-hemorragia-obstetrica/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

GIACOMETTI, C. F. *et al.* **Balão de Bakri: manejo da hemorragia pós-parto**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, 2023. (Guia do Episódio de Cuidado). Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Bal%C3%A3o-de-Bakri.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

HENRIQUE, M. C.; ALVES, A. L.; LOPES, A. V. Balões de tamponamento intrauterino na hemorragia pós-parto – Atualizações. **Femina**, São Paulo, v. 50, n. 12, p. 711-717, 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Femina-12-2022-Web.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

LALOND, A.; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FIGO. Prevenção e tratamento de hemorragia pós-parto em ambientes de poucos recursos. **Int. J. Ginecologia Obstetrícia**, [S. l.], v. 117n, 2, p. 108-18, maio 2012. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.03.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22502595/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

LEDUC, D. *et al.* Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada**, v. 31, n. 10, p. 980-993, oct. 2009. DOI: 10.1016/S1701-2163(16)34329-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19941729/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

MARTINS, L. Uma conversa urgente sobre hemorragia pós-parto. **Femina**, São Paulo, v. 50, n. 12, p. 718-721, 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Femina-12-2022-Web.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2025.

MAVRIDES, E. *et al.* Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Green-top Guideline n. 52. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 124, Issue 5, p. e106-e149, dec. 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14178>. Acesso em: 15 jul. 2025.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. Cuidados obstétricos e neonatais essenciais. *In: Médicos Sem Fronteiras*, [S. l.], ©2025. Disponível em: <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/9-2-manual-removal-of-the-placenta-51417920.html>. Acesso em: 15 jul. 2025.

MILLER, S.; MARTIN, H. B.; MORRIS, J. L. Anti-shock garment in postpartum haemorrhage. **Best Practice & Research. Clinical obstetrics & gynaecology**, [S. l.], v. 22, n.6. 1057-1074, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.08.008>. Acesso em: 15 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jul. 2025.

PETTERSEN, G. *et al.* Massive Hemorrhage Protocol Application and Teamwork Skills. **AEM Education and Training**, [S. l.], v. 5, n. 3, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8122128/pdf/AET2-5-e10513.pdf>. Acesso em: 26 set. 2025.

REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

REVERT, M. *et al.* Intrauterine Balloon Tamponade for Severe Postpartum Hemorrhage. **Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 131, n. 1, p. 143-149, jan. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29215522/>. Acesso em: 26 set. 2025.

RUPEL, H. *et al.* Validation of postpartum hemorrhage admission risk factor stratification in large obstetrics population. **American Journal of perinatology**, [S. l.], v. 38, n. 11, p. 1192-1200, set. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32455467/>. Acesso em: 26 set. 2025.

SATO, Hélio. Histerectomia Parcial vs. Total: Qual a Diferença?, *In: Blog Dr. Hélio Sato -Ginecologia e Obstetrícia*, mar. 2025. Disponível em: <https://doutorheliosato.com.br/blog/histerectomia-parcial-vs-total-qual-a-diferenca/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

WATKINS, E.; STEM, K. Postpartum hemorrhage. **JAAPA – Journal of the American Academy of PAs**, [S. l.], v. 33, n. 4, p. 29-33, abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32224823/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

WRAY, S.; ARROWSMITH, S.; SHARP, A. Pharmacological Interventions in Labor and Delivery. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology**, [S. l.], v. 63, p. 471-89, jan. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36151050/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

YUNAS, I. *et al.* Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, [S. l.], v. 205, p. 1468-80, apr. 2025. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2825%2900448-9>. Acesso em: 27 set. 2025.

ZUIGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 5. ed. Barueri: Manole, 2023.


## APÊNDICES

## APÊNDICE A – FLUXO PARA CONDUÇÃO DE HPP





## APÊNDICE B – CHECKLIST MALETA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO

		<b>CHECKLIST KIT HEMORRAGIA</b> <small>CONFERÊNCIA INTERNA - MATERIAIS E MEDICAMENTOS</small>	
UNIDADE:		SETOR:	
<b>ITENS DE VERIFICAÇÃO EXTERNA - GELADEIRA PARA TERMOLÁBEIS</b> <small>Manter ocitocina dentro da geladeira e em caixa separada identificada. (Setor que não tiver ocitocina na geladeira, solicitar na farmácia)</small>			
<b>MEDICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALIDADE</b>	<b>LOTE</b>
OCITOCINA (5 UI/1 mL)	08 AMPOLAS DE 1 ML		
<b>ITENS DE VERIFICAÇÃO INTERNA - MALETA</b>			
<b>MEDICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALIDADE</b>	<b>LOTE</b>
ÁCIDO TRANEXÂNICO 50 MG/ML	4		
METILERGOMETRINA (0,2 mg/ML).	2 AMPOLAS DE 1 ML		
MI SOPROSTOL 200 mcg/cp	4 COMPRIMIDOS		
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10 ML	5		
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML	2		
RINGER COM LACTATO 500 ML	2		
<b>MATERIAIS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALIDADE</b>	<b>LOTE</b>
RECEITUÁRIO PADRÃO - EXAMES LABORAT.	2 VIAS		
PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA PADRÃO	2 VIAS		
JELCO (Nº 14, 16, 18)	2 DE CADA		
AGULHA (Nº 25X6, 30X8, 40X12)	4 DE CADA		
SERINGA 60ML	1		
SERINGA 5ML E 20ML	2 DE CADA		
MÁSCARA FACIAL DE OXIGÊNIO/ CATETER NASAL TIPO ÓCULOS (na ausência da TORNEIRINHA)	1		
POLIFIX ADULTO	2		
EQUIPO MACROGOTAS	2		
SONDA FOLEY Nº14	2		
LIDOCAÍNA GELEIA 2%	1		
BOLSA COLETORA SIST. FECHADO	1		
ESPÉCULO VAGINAL TAMANHO M	1		
CLAMPE DE CORDÃO UMBILICAL	1		
PRESERVATIVO MASCULINO	3		
FIO DE SUTURA ALGODÃO/POLI ÉSTER O (ZERO) COM AGULHA	1		
<b>CONTROLE DE ABERTURA DO KIT EM INTERCORRÊNCIAS - REVISÃO PELO SETOR</b>			
ENFERMEIRO ASSINATURA E CARIMBO  DATA: ____/____/____	Nº DO LACRE ROMPIDO	Nº DO NOVO LACRE	
<b>CONTROLE DE ABERTURA MENSAL - REVISÃO PELO FARMACÊUTICO E ENFERMEIRO DO SETOR</b>			
FARMACÊUTICO ASSINATURA E CARIMBO  _____	ENFERMEIRO ASSINATURA E CARIMBO  _____	Nº DO LACRE ROMPIDO _____  Nº DO NOVO LACRE _____	
DATA: ____/____/____			

## APÊNDICE C – CHECKLIST PARA CONFERÊNCIA DIÁRIA DO LACRE DA MALETA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO



### CHECKLIST KIT HEMORRAGIA CONFERÊNCIA DIÁRIA DO LACRE

Assinatura do Coordenador do Setor:  
(carimbo e assinatura)

UNIDADE: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

Orientações para preenchimento: TURNO: O: 08 ou 5ª OCITOCINA NA GELADEIRA; PREENCHER C (CONFORME) ou N (NÃO CONFORME) NA (NÃO SE APLICA); NÚMERO DO LACRE: Descrever numeração encontrada; ASSINATURA: Profissional responsável pela checklist deve assinar e carimbar.

ITENS DE VERIFICAÇÃO								
DIA	TURNO	08 OCITOCINAS NA GELADEIRA	NÚMERO DO LACRE	ASSINATURA	TURNO	08 OCITOCINAS NA GELADEIRA	NÚMERO DO LACRE	ASSINATURA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

## APÊNDICE D – PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

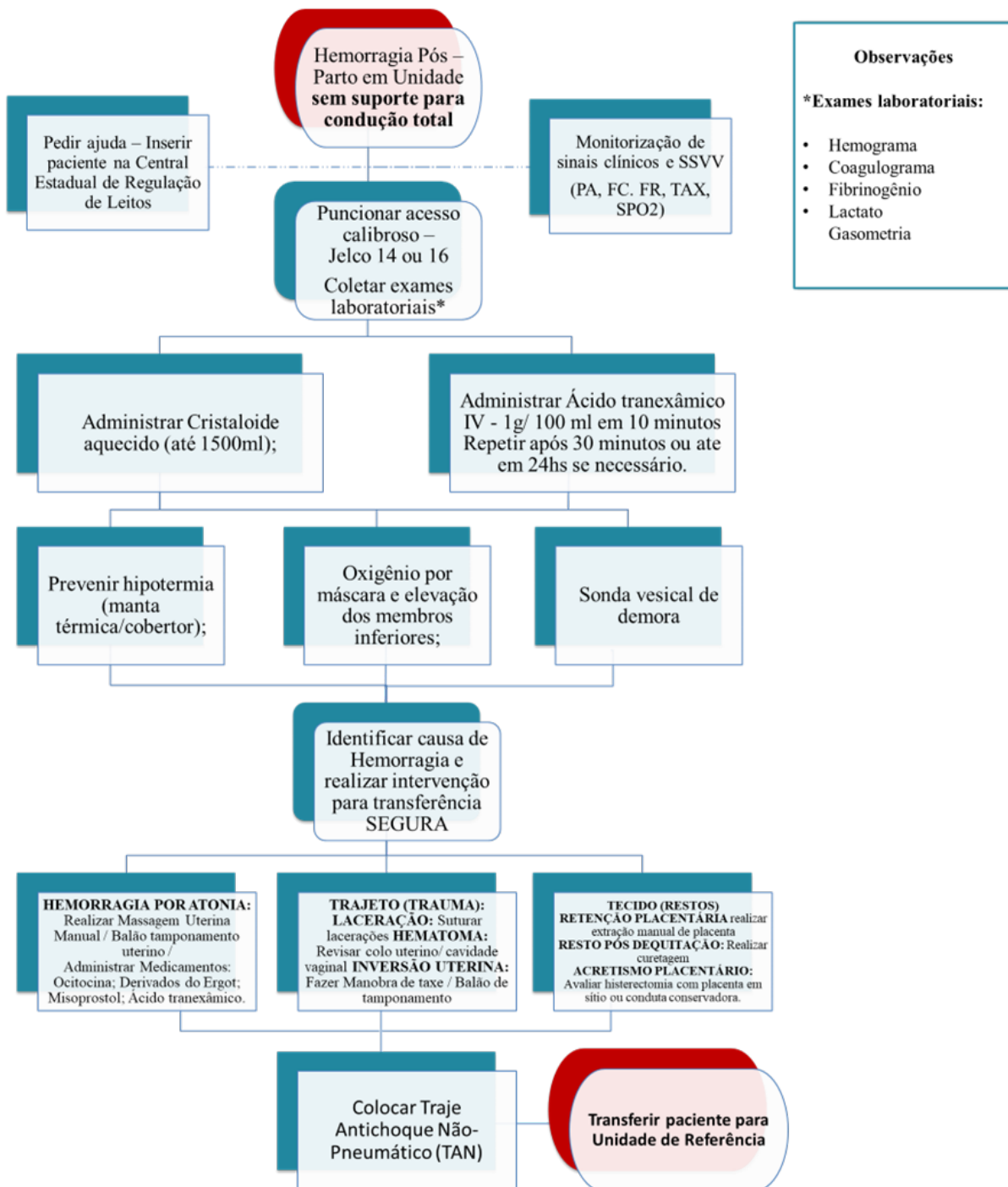
NOME COMPLETO:			
DATA DE NASCIMENTO:	ALERGIA:	SETOR:	DATA DA PRESCRIÇÃO:
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
01	DIETA ZERO		
02	SF 0,9% .....1000ML – EV RÁPIDO (AQUECIDO)		
03	OCITOCINA SUI – SUI EV EM BOLUS (FAZER EM 5 MINUTOS)		
04	OCITOCINA SUI – 40UI + 500 ML EV BIC 250ML/H (ATAQUE)		
05	MISOPROSTOL 200MCG – 800MCG VR		
06	ÁCIDO TRANEXÂNICO 250MG/5ML – 04 AMP + 100 SF 0,9% EV LENTO (CORRER EM 10 MIN)		
07	SONDA VESICAL DE DEMORA – ANOTAR DIURESE		
08	MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA		

## APÊNDICE E - BUNDLE PARA CONDUÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO



BUNDLE HEMORRAGIA PÓS - PARTO				
Setor que iniciou a condução:			Data Abertura:	
Nome completo da Paciente:			DN:	Idade:
Comorbidades:			Peso:	Altura:
Médico do Plantão:			Acionado às: ____ h:	
PASSO A PASSO				
( ) Abrir maleta de KIT HEMORRÁGICO			PA:	FC: TAX: SPO2:
1 ( ) Acesso calibroso – Jelco 14 ou 16;	Acionar laboratório para coleta de exames laboratoriais: ( ) Hemograma ( ) Lactato ( ) Coagulograma ( ) Gasometria ( ) Fibrinogênio  VALOR DO ÍNDICE DE CHOQUE (FC/PA SISTÓLICA): _____			
2 ( ) Cristaloide aquecido (até 1500ml);				
3 ( ) Ácido tranexâmico;				
4 ( ) Prevenir hipotermia (manta térmica/cobertor);				
5 ( ) Oxigênio por máscara e elevação dos membros inferiores;				
6 ( ) Sonda vesical de demora.				
IDENTIFICAÇÃO DA CAUSA DE HEMORRAGIA				HORA:
1 TÔNUS (ATONIA) ( )	MASSAGEM UTERINA MANUAL ( ) Sim ( ) Não	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (Ocitocina; Derivados do Ergot; Misoprostol; Ácido tranexâmico) ( ) Sim ( ) Não	BALÃO TAMPONAMENTO UTERINO ( ) Sim ( ) Não	LAPARATOMIA ( ) Sim ( ) Não indicada às ____:____
2 TRAJETO (TRAUMA) ( )	LACERAÇÃO Sutura das lacerações ( ) Sim ( ) Não	HEMATOMA Revisar colo uterino/cavidade vaginal ( ) Sim ( ) Não	ROTURA UTERINA Laparotomia ( ) Sim ( ) Não indicada às ____:____	INVERSÃO UTERINA Manobra de taxe ( ) Sim ( ) Não Balão de tamponamento ( ) Sim ( ) Não Laparotomia ( ) Sim ( ) Não indicada às ____:____
3 TECIDO (RESTOS) ( )	RETENÇÃO PLACENTÁRIA Realizar Extração manual de placenta ( ) Sim ( ) Não	RESTO PÓS DEQUITAÇÃO Realizar Curetagem ( ) Sim ( ) Não indicada às ____:____	ACRETISMO PLACENTÁRIO Avaliar histerectomia com placenta em sítio ou conduta conservadora. ( ) Sim ( ) Não	
4 TROMBINA ( )	TRATAMENTO ESPECÍFICO ( ) Sim ( ) Não Qual? _____			TRANSFUSÃO MACIÇA ( ) Sim ( ) Não Fazer Transfusão de: 01 concentrado de hemácias; 01 plasma fresco congelado; 01 unidade crioprecipitado; 01 unidade plaquetas.
DESFECHO				Assinatura/Carimbo do Enfermeiro que iniciou o BUNDLE
Transferida para: _____ Data: _____ Hora: _____				Assinatura/Carimbo do Enfermeiro que acompanhou o desfecho clínico
Alta Hospitalar: Data: _____ Hora: _____				
Óbito: Data: _____ Hora: _____				
Nome do Médico que atestou o óbito: _____				
Adesão ao Bundle: ( ) Positivo ( ) Negativo. Motivo: _____				

## APÊNDICE F - FLUXO PARA CONDUÇÃO INICIAL DA HEMORRAGIA ATÉ A TRANSFERÊNCIA PARA UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA



## APÊNDICE G – FICHA PARA GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE CONDUÇÃO DOS QUADROS DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO, REALIZADA PELO TIME DE HPP



GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE HEMORRAGIA PÓS - PARTO		
Setor que iniciou a condução:		Data do Evento:
Profissional/ponto focal do time de HPP:		
Tipo de Parto: ( ) Vaginal ( ) Cesárea		Classificação de risco de HPP realizada no pré-parto: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto
<b>1. Reconhecimento precoce da HPP</b>		<b>4. Condução terapêutica</b>
<input type="checkbox"/> Perda estimada de sangue $\geq 500$ mL (parto vaginal) ou $\geq 1000$ mL (cesárea) <input type="checkbox"/> Índice de choque calculado <input type="checkbox"/> Sinais clínicos monitorados nas 2 primeiras horas <input type="checkbox"/> HPP identificada em até 30 min do início da perda		<input type="checkbox"/> Causa da hemorragia foi identificada (4 Ts) <input type="checkbox"/> Conduta foi compatível com a causa identificada <input type="checkbox"/> Intervenções cirúrgicas foram indicadas se necessárias (balão, histerectomia)
<b>2. Acionamento e resposta da equipe</b>		<b>5. Desfecho do caso</b>
<input type="checkbox"/> Equipe foi acionada de imediato <input type="checkbox"/> Médico obstetra presente até 15 min após acionamento <input type="checkbox"/> Equipe multiprofissional envolvida (enf., anestesista, banco de sangue)		<input type="checkbox"/> Paciente está estável <input type="checkbox"/> Encaminhada para UTI [ ] Sim [ ] Não <input type="checkbox"/> Necessitou transfusão maciça? [ ] Sim [ ] Não <input type="checkbox"/> Caso notificado para o NSP? [ ] Sim [ ] Não
<b>3. Aplicação do bundle</b>		<b>6. Observações adicionais</b>
<input type="checkbox"/> Instalação de acesso calibroso <input type="checkbox"/> Coleta de exames laboratoriais (hemograma, coagulograma, fibrinogênio, etc.) <input type="checkbox"/> Administração de ocitocina / misoprostol / ácido tranexâmico <input type="checkbox"/> Monitorização contínua (FC, PA, SatO <sub>2</sub> , débito urinário) <input type="checkbox"/> Uso de manta térmica ou outras medidas contra hipotermia <input type="checkbox"/> Registro no prontuário com horário dos procedimentos		
<b>Avaliação geral da adesão ao protocolo (checklist concluído):</b>		
( ) Completa	( ) Parcial	( ) Não realizada
Assinatura/Carimbo do Enfermeiro Responsável pelo Gerenciamento		



## APÊNDICE H – FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

### I – Taxa de puérperas que evoluíram com hemorragia

Ficha do Indicador	
NOME DO INDICADOR	Taxa de puérperas que evoluíram com hemorragia Pós-Parto.
SETOR RESPONSÁVEL	Coordenações dos setores assistenciais envolvidos no cuidado obstétrico (Centro Obstétrico, UTI Materna, Alojamento Conjunto, Centro Cirúrgico), em conjunto com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia- NHE/ Comissão de Revisão de Óbitos.
DATA DA CRIAÇÃO DA FICHA	25/06/2025 ( Versão I)
OBJETIVO DO INDICADOR	Monitorar a incidência de hemorragia pós-parto entre puérperas assistidas na maternidade, com foco na avaliação da qualidade do cuidado obstétrico, na prevenção de complicações graves e na redução da morbimortalidade materna.
POPULAÇÃO-ALVO	Puérperas que evoluíram com hemorragia pós-parto.
FÓRMULA DO CÁLCULO	$\left( \frac{\text{Total de puérperas que evoluíram com HPP}}{\text{Total de puérperas atendidas no período}} \right) \times 100$
NUMERADOR	Número de puérperas que evoluíram com hemorragia pós-parto.
DENOMINADOR	Total de puérperas atendidas no período avaliado.
DEFINIÇÃO DOS TERMOS	<b>Puérpera:</b> Mulher no período pós-parto imediato até 42 dias após o parto. <b>Hemorragia pós-parto (HPP):</b> Perda sanguínea $\geq 500$ mL após parto vaginal ou $\geq 1000$ mL após cesariana, com ou sem repercussões hemodinâmicas. <b>Evoluíram com HPP:</b> Casos com diagnóstico clínico e/ou laboratorial de hemorragia pós-parto, conforme prontuário e critérios institucionais.
INTERPRETAÇÃO	Uma taxa elevada pode indicar falhas na identificação de fatores de risco, no manejo ativo do terceiro estágio do parto ou na resposta a eventos hemorrágicos. Resultados devem subsidiar ações educativas, protocolos clínicos e melhorias na assistência.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
REFERENCIA DA META	Zero morte por HPP.
ESTRATIFICAÇÃO	Por Tipo de parto ( vaginal- cesárea) Por Faixa etária Materna Por Gravidade da HPP ( leve , moderada e grave) Por intervenções Por setores de ocorrência
FREQUENCIA	Mensal
REFERÊNCIAS	BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: MS, 2017.  BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da mulher: condições agudas e crônicas. Brasília: MS, 2018.  WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization, 2012.  FIGO. Management of Postpartum Haemorrhage: Good Clinical Practice Advice. Int J Gynaecol Obstet. 2014.



## II - Taxa de Letalidade relacionadas à Hemorragia Pós-Parto.

Ficha do Indicador	
NOME DO INDICADOR	Taxa de Letalidade por Hemorragia Pós-Parto
SETOR RESPONSÁVEL	Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Núcleo de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente- NQSP e Núcleo de Educação Permanente- NEP.
DATA DA CRIAÇÃO DA FICHA	25/06/2025 ( Versão I)
OBJETIVO DO INDICADOR	Monitorar a ocorrência de óbitos maternos decorrentes de hemorragias pós-parto, a fim de identificar falhas no cuidado e subsidiar ações de prevenção, melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.
POPULAÇÃO-ALVO	Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) que evoluíram para óbito no período gestacional, parto ou puerpério, internadas na unidade.
FÓRMULA DO CÁLCULO	$\left( \frac{\text{Número de óbitos maternos por HPP}}{\text{Número total de casos de HPP}} \right) \times 100$
NUMERADOR	Número de óbitos maternos atribuídos à hemorragia pós-parto
DENOMINADOR	Total de puérperas que evoluíram com HPP no hospital em determinado período.
DEFINIÇÃO DOS TERMOS	<b>Óbito materno:</b> morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após seu término, independentemente da duração ou local da gestação, por causas relacionadas à gestação ou agravadas por ela, conforme definição da OMS. <b>Hemorragia pós-parto:</b> perda excessiva de sangue após o parto, representando uma das principais causas de morte materna no mundo.
INTERPRETAÇÃO	A taxa de letalidade por hemorragia pós-parto indica a proporção de mulheres com HPP que evoluíram a óbito, refletindo a qualidade e a efetividade da assistência obstétrica hospitalar.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
REFERÊNCIA DA META	Zero Morte relacionada à hemorragia obstétrica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil reconhecem que a maioria das mortes maternas por HPP são evitáveis com atenção qualificada, o que justifica a adoção da meta “zero óbito” como um compromisso institucional.
ESTRATIFICAÇÃO	Por tipo de hemorragia (pós-parto) Por turno de ocorrência Por setor de internação (centro obstétrico, enfermaria, UTI).
FREQUENCIA	Mensal, com consolidação trimestral e análise anual.
REFERÊNCIAS	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderno de Atenção à Saúde nº 33 – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: MS, 2022.  BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. <a href="https://aps.saude.gov.br/apc/mm">https://aps.saude.gov.br/apc/mm</a>  Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2020. Geneva: WHO, 2023.

### III - Taxa de adesão ao protocolo de manejo da hemorragia pós-parto

Ficha do Indicador	
NOME DO INDICADOR	Taxa de adesão ao Protocolo de Manejo da Hemorragia Pós-Parto
SETOR RESPONSÁVEL	Coordenação dos setores assistenciais envolvidos no cuidado obstétrico (Centro Obstétrico, Enfermarias, UTI), em conjunto com o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) e a Comissão de Revisão de Óbitos.
DATA DA CRIAÇÃO DA FICHA	25/06/2025 ( Versão I)
OBJETIVO DO INDICADOR	Mensurar a conformidade da equipe multiprofissional quanto à aplicação integral do Protocolo Institucional de Manejo da Hemorragia Pós-Parto, visando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir padronização da assistência;</li> <li>• Reduzir riscos maternos;</li> <li>• Melhorar a qualidade do cuidado obstétrico.</li> </ul>
POPULAÇÃO-ALVO	Mulheres atendidas na unidade que apresentarem diagnóstico de hemorragia pós-parto.
FÓRMULA DO CÁLCULO	$\left( \frac{\text{Número de casos de hemorragia com protocolo aplicado}}{\text{Número total de casos de hemorragia pós – parto identificados}} \right) \times 100$
NÚMERADOR	Casos de hemorragia pós-parto com todas as etapas do protocolo aplicadas e devidamente registradas (checklist, evolução clínica, formulários).
DENOMINADOR	Número total de casos identificados de hemorragia pós-parto no período analisado.
DEFINIÇÃO DOS TERMOS	<p><b>Hemorragia pós-parto:</b> Perda sanguínea excessiva antes, durante ou após o parto, incluindo causas como atonia uterina, lacerações, ruptura uterina, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, coagulopatias, entre outros.</p> <p><b>Protocolo institucional:</b> Conjunto de etapas padronizadas para prevenção, detecção precoce e manejo eficaz da hemorragia, alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS.</p>
INTERPRETAÇÃO	<p>Taxa alta: Indica boa adesão ao protocolo, associada à maior segurança materna e menor morbimortalidade.</p> <p>Taxa baixa: Sugere falhas no processo assistencial, necessidade de capacitação, ajustes estruturais ou revisão de fluxo.</p>
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
REFERENCIA DA META	Adesão ≥ 90%
ESTRATIFICAÇÃO	<p>Por setor: Centro Obstétrico, Enfermarias, UTI</p> <p>Por turno: Diurno, Noturno</p> <p>Por causa da hemorragia: Atonia, Trauma, Coagulopatia, Retenção placentária</p>
FREQUENCIA	Mensal, com análise trimestral e consolidação anual
REFERÊNCIAS	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolos de Assistência Obstétrica - Hemorragia Pós-Parto. Brasília: MS, 2022.</p> <p>Organização Mundial da Saúde (OMS). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2017.</p> <p>OPAS/OMS. Emergências Obstétricas: prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. 2021.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Hemorragia Pós-Parto – prevenção, reconhecimento e condutas. Brasília: MS, 2020.</p> <p>Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil). Boletim sobre segurança no uso de ocitocina e misoprostol. 2023.</p>

#### IV - Taxa de histerectomia realizada como medida definitiva para controle da hemorragia pós-parto.

Ficha do Indicador	
NOME DO INDICADOR	Taxa de histerectomia realizada como medida definitiva para controle da hemorragia pós-parto
SETOR RESPONSÁVEL	Coordenação dos setores assistenciais envolvidos no cuidado obstétrico (Centro Obstétrico, Enfermarias, UTI), Núcleo de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente- NQSP e Núcleo de Educação Permanente- NEP.
DATA DA CRIAÇÃO DA FICHA	25/06/2025 ( Versão I)
OBJETIVO DO INDICADOR	Monitorar a frequência de histerectomias indicadas como intervenção definitiva no manejo da Hemorragia Pós-Parto (HPP), visando: <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar a efetividade do manejo clínico e cirúrgico prévio;</li> <li>Identificar oportunidades de prevenção de cirurgias radicais;</li> <li>Reduzir morbimortalidade materna associada.</li> </ul>
POPULAÇÃO-ALVO	Mulheres atendidas na maternidade que evoluíram com hemorragia pós-parto.
FÓRMULA DO CÁLCULO	$\left( \frac{\text{Total de pacientes submetidas a histerectomia por falha no controle da HPP}}{\text{Total de casos de HPP atendidos}} \right) \times 100$
NÚMERADOR	Número de pacientes submetidas à histerectomia por falha de controle da hemorragia pós-parto.
DENOMINADOR	Número total de pacientes com hemorragia pós-parto atendidas na unidade no mesmo período.
DEFINIÇÃO DOS TERMOS	<b>Histerectomia obstétrica:</b> remoção cirúrgica do útero durante ou após o parto como medida de salvamento. <b>Hemorragia Pós-Parto (HPP):</b> Perda sanguínea $\geq 500$ mL após parto vaginal ou $\geq 1.000$ mL após cesariana, com repercussões clínicas, independentemente da causa (atonía uterina, trauma/laceração, restos placentários, coagulopatias).
INTERPRETAÇÃO	<b>Taxas elevadas:</b> Podem indicar falhas no manejo clínico inicial da HPP, atraso no reconhecimento ou intervenção inadequada. <b>Taxas baixas:</b> Sugerem maior sucesso nas condutas conservadoras e aplicação efetiva do protocolo institucional para HPP.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
REFERENCIA DA META	Idealmente a taxa deve ser $< 5\%$ dos casos de hemorragia obstétrica devem evoluir para histerectomia definitiva
ESTRATIFICAÇÃO	Tipo de parto: vaginal ou cesariana; Causa da HPP: atonia uterina, trauma/laceração, restos placentários, coagulopatias; Turno de atendimento: diurno ou noturno; Idade materna.
FREQUENCIA	Mensal, com consolidação trimestral e análise anual.
REFERÊNCIAS	Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Guia para a vigilância da morbidade materna extrema. Brasília: OPAS; 2022.  Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de manejo clínico das emergências obstétricas. Brasília: MS; 2021.  FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). FIGO guidelines on the management of postpartum hemorrhage. Int J Gynecol Obstet. 2021.

## HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA	REVISOR	EDIÇÃO	ITEM ALTERADO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
08/07/2024	Dra. Socorro Braide	1	Todos o protocolo	Todo o documento
19/08/2024	Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão	1	Acrescentar <i>checklist</i> ( <i>Bundle</i> ) nos apêndices	Apêndice
20/08/2024	Anna Cindy	1	Introdução	Texto introdutório
02/09/2024	Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão	1	Apêndices	Ajuste no <i>Bundle</i> e fluxo
02/09/2024	Anna Cindy	1	12– Indicadores 9 – Apêndice C - <i>Bundle</i> para Condução da Hemorragia Pós-Parto	Introduzido indicadores e alterado o <i>Bundle</i> de hemorragia.
20/02/2025	Anna Cindy e Analamacia Brito	2	Apresentação e Apêndices	Ampliação do documento para todas as Maternidades
11/08/2025	Dra. Socorro Braide. Dr. Carlos Antônio Coimbra Sousa Tércia Carvalho Anna Cindy	2	Referências, indicadores e apêndices	Citação no texto e ajuste nas fichas técnicas.
28/09/2025	Daniel Reis	2	Referências e figuras	Adequação das citações e atualização das figuras





VALIDAÇÕES		
ELABORAÇÃO		
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
REVISÃO		
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
APROVAÇÃO		
DATA: ____/____/____		



**SES**  
Secretaria de Estado  
da Saúde