



PROTOCOLO DE **HEMORRAGIA PÓS-PARTO**



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



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



GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO

Carlos Orleans Brandão Junior

Secretário de Estado da Saúde

Tiago José Mendes Fernandes

Secretaria 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 Nº: 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 Nº: 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

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 DEFINIÇÕES / CLASSIFICAÇÃO	11
3.1 Hemorragia Pós-Parto	11
3.2 Hemorragia Pós-Parto Maciça	11
3.3 Classificação	11
4 CAUSAS DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO	11
5 MEDIDAS DE PREVENÇÃO	12
5.1 Estratificação de risco	12
5.2 Medidas preventivas – manejo ativo	14
6 ESTIMATIVA DE PERDA SANGUÍNEA NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO	15
6.1 Índice de Choque (IC)	15
7 TRATAMENTO	17
7.1 Tratamento da hemorragia pós-parto “HORA OURO” – medidas gerais	17
8 DETERMINAR CAUSA DA HEMORRAGIA	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
9 PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO PARA HPP MACIÇA	31
10 INDICADORES	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	37
APÊNDICE A – FLUXO PARA CONDUÇÃO DE HPP	38
APÊNDICE B – CHECKLIST MALETA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO	39
APÊNDICE C – CHECKLIST PARA CONFERÊNCIA DIÁRIA DO LACRE DA MALETA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO	40
APÊNDICE D – PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO	41
APÊNDICE E - BUNDLE PARA CONDUÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO	42
APÊNDICE F - FLUXO PARA CONDUÇÃO INICIAL DA HEMORRAGIA ATÉ A TRANSFERÊNCIA PARA UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA	43
APÊNDICE G – FICHA PARA GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE CONDUÇÃO DOS QUADROS DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO, REALIZADA PELO TIME DE HPP	44
APÊNDICE H – FICHA TÉCNICA DE INDICADORES	45

	PROTOCOLO	DOC N° SAAS/GERAS/ PROT/0020
	Protocolo de Hemorragia Pós-parto	VERSÃO 01
		VALIDADE 11/08/2028
ELABORAÇÃO Maria do Perpétuo Socorro Araújo Braide	CARGO Médica Ginecologista/Obstetra - CRM 2551MA, 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	DATA 27/07/2025
Anna Cindy Araújo Leite	Enfermeira – COREN/MA 299775 – Gerente de Qualidade e Segurança da MACMA	
Rafaela Pontes de Albuquerque	Enfermeira – COREN/MA 251841 – Enfermeira da Qualidade da MACMA	
Daniel Ruan Alves Reis	Enfermeiro – COREN/MA 502117 – Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente da MACMA	
REVISÃO Albuquerque de Figueiredo Neto	CARGO Médico – CRM 2758; RQE Cardiologia 331 Presidente do CRM	
Edilson Correa de Medeiros Junior	Médico – CRM 3508	
Cleode Montelo Calvet Junior	Médico – CRM 4352. RQE Ginecologia 1273	
Tainá Valentim de Lima Correia Coelho Carmo	Médica – CRM 10494. RQE Clínica Médica 3674. RQE Cardiologia Hemodinâmica 6120	DATA 11/08/2025
Izabela Cristina de Araújo Silva	Enfermeira – COREN 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	



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	
APROVAÇÃO Katia Cristina de Castro Veiga Trovão	CARGO Secretária Adjunta de Assistência à Saúde	DATA 11/08/2025
RESPONSÁVEIS Médicos, enfermeiros e equipes assistenciais.	DISTRIBUIDO PARA 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 complicaçāo 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 Bulletins – Obstetrics, 2017).

3.2 Hemorragia Pós-Parto Maciça

A hemorragia maciça é classificada 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 hematocrito igual ou maior que 4 g/dL ou que ocasionne distúrbios hemostáticos (Zugaib, 2023). Assim como, podemos conceituar-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 Bulletins – 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 precedida



da de corioamnionite, uso terapêutico de sulfato de magnésio, trabalho de parto prolongado ou indução precoce, miomas uterinos ou hiperdistensão uterina em gestação múltipla, macrossomia 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%
Trajeto	Laceração, hematomas, inversão, rotura uterina	19%
Tecido	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
Trombina	Coagulopatias congênitas 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;	Manejo ativo do 3º estágio*.
o Gravidez única;	Observação rigorosa por 1 ou 2 horas em local adequado**.
o ≥ 3 partos vaginais prévios;	
o Ausência de distúrbio de coagulação;	Estimular presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.
o Sem história de HPP.	

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.

MÉDIO RISCO	
CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE	RECOMENDAÇÕES ASSISTENCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> o Cesariana ou cirurgia uterina prévia; o Pré- eclampsia sem critérios de gravidade; o Hipertensão gestacional leve; o Superdistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia fetal); o ≥ 4 partos vaginais; o Corioamnionite; o História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica o Obesidade materna (IMC > que 35kg/m²); o Indução do parto. 	<p>Manejo ativo do 3º estágio*.</p> <p>Observação rigorosa por 1 ou 2 horas em local adequado**.</p> <p>Estimular presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.</p>

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.

ALTO RISCO	
CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE	RECOMENDAÇÕES ASSISTENCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> o Placenta prévia ou de inserção baixa; o Pré-eclâmpsia com critério de gravidade; o Hematócrito < 30% + fatores de risco; o Plaquetas < 100.000 mm³; o Sangramento ativo à admissão; o Coagulopatias; o Uso de anticoagulantes; o Descolamento prematuro de placenta; o Placentação anômala (acreatismo); o Presença de > dois fatores de médio risco. 	<p>Manejo ativo do 3º estágio*.</p> <p>Observação rigorosa por 1 ou 2 horas em local adequado**.</p> <p>Estimular presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta.</p> <p>Identificação do risco da paciente. Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16 G).</p> <p>Tipagem sanguínea.</p> <p>Hemograma.</p> <p>Prova cruzada.</p> <p>Reserva de sangue (duas bolsas de concentrado de hemácias)***.</p>

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 oxitocina, logo após o nascimento, em todos os partos (vaginais e cesarianas) - reduz em 50% os casos de HPP. Nos casos de indisponibilidade de oxitocina usar outros uterotônicos: derivados de ergot;		
Tração controlada do cordão – realizar apenas se houver profissional treinado;		
Clampeamento tardio do cordão - clampar 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	
• Identificação;	MÉDIO RISCO
• Acesso venoso periférico (Jelco 16G);	ALTO RISCO
• Tipagem sanguínea;	
• Hemograma.	
• Prova cruzada;	ALTO RISCO
• Reserva de sangue.	
A observação desses casos deve ser em ambiente adequado. Não deve ser em enfermaria de risco habitual	

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, neste 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

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

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.

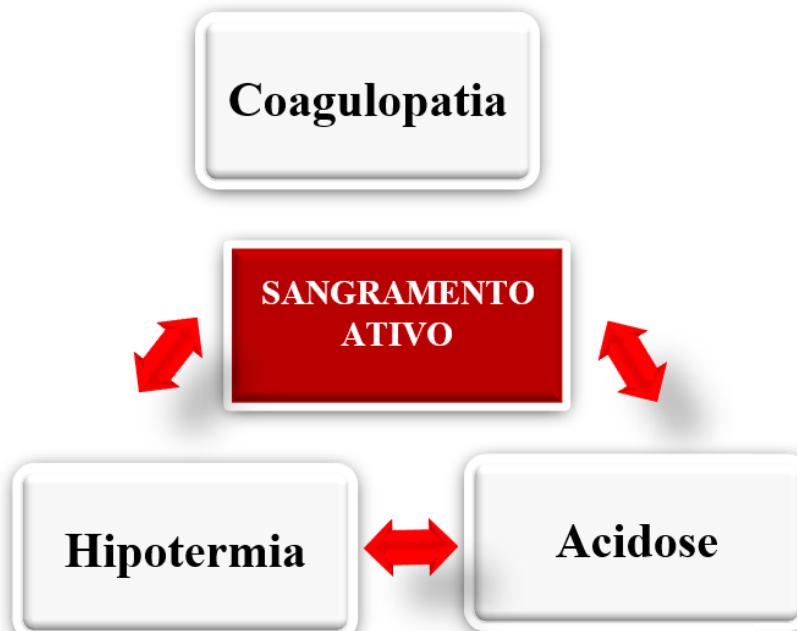
ESTIMATIVA DE PERDA SANGUÍNEA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PERFUSÃO	PULSO	PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA (mmHg)	GRAU DE CHOQUE	TRANSFUSÃO
10-15% 500-1000ml	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente não
16-25% 1000 - 1500ml	Normal ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Leve	Possível
26-25% 1500-2000ml	Agitada	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 continua (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”- Tônis, 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 1^a 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.

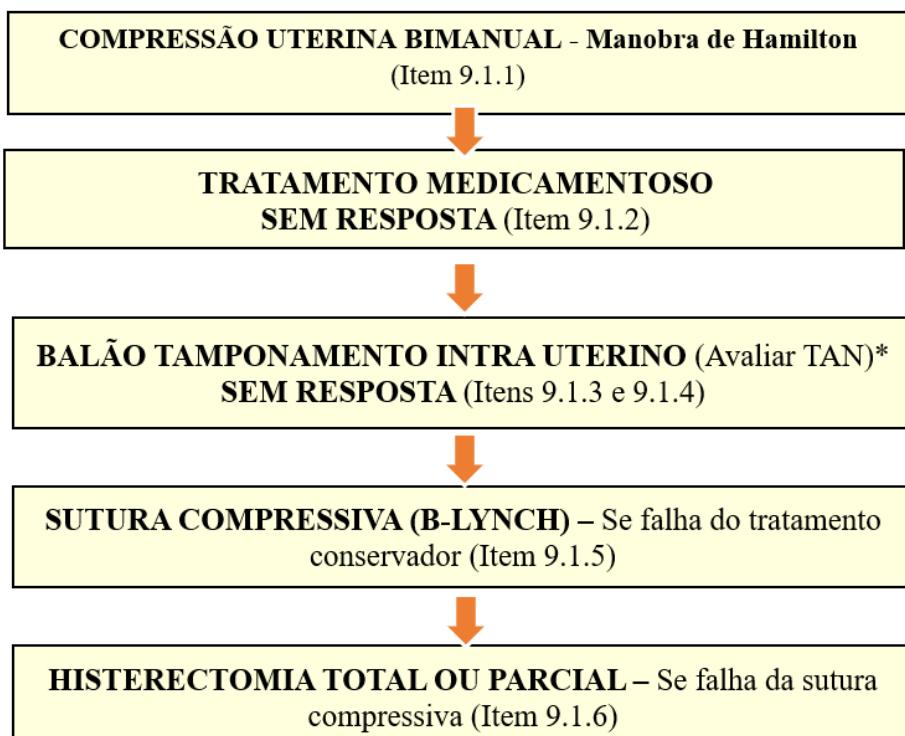


8 DETERMINAR CAUSA DA HEMORRAGIA

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).

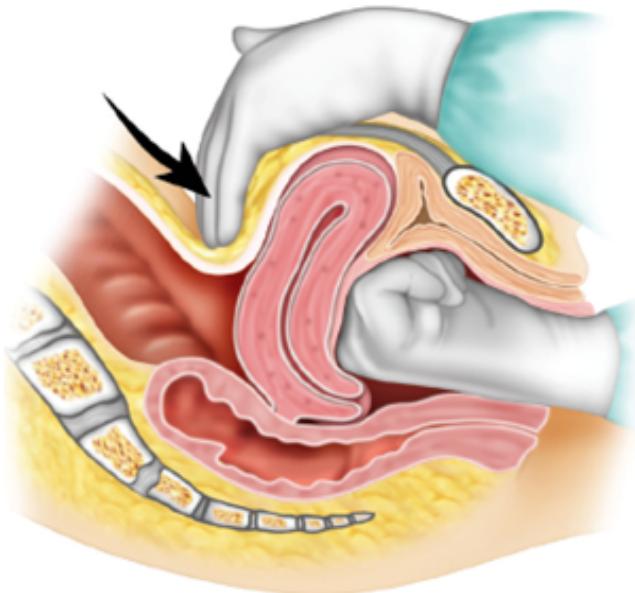
Legenda: * Tan: Nas pacientes com ou eminência de instabilidade hemodinâmica ou em caso de transferência.

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 uterina 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
Ocitocina (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



Maleato de metilergometrina 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
Misoprostol (comprimido de 200mcg)	Retal	800g (4 comprimidos)	Considerar o tempo de início de ação do misoprostol via retal que é de 15 à 20min.
Ácido Tranexâmico (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 usado 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).

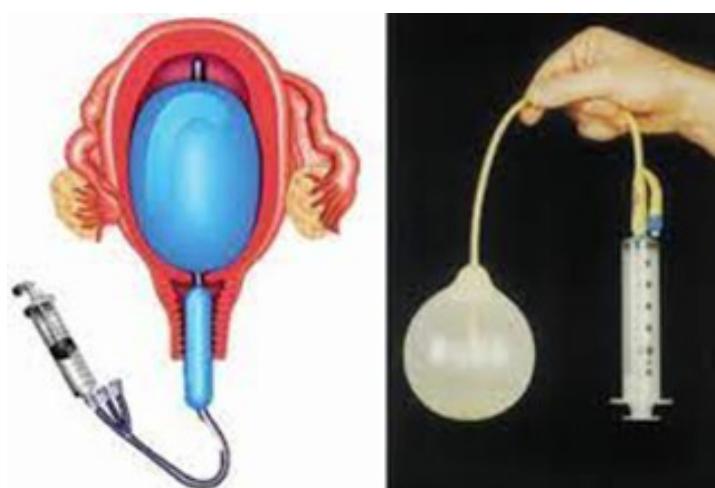
2) Contra Indicação do uso do balão:

- 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).

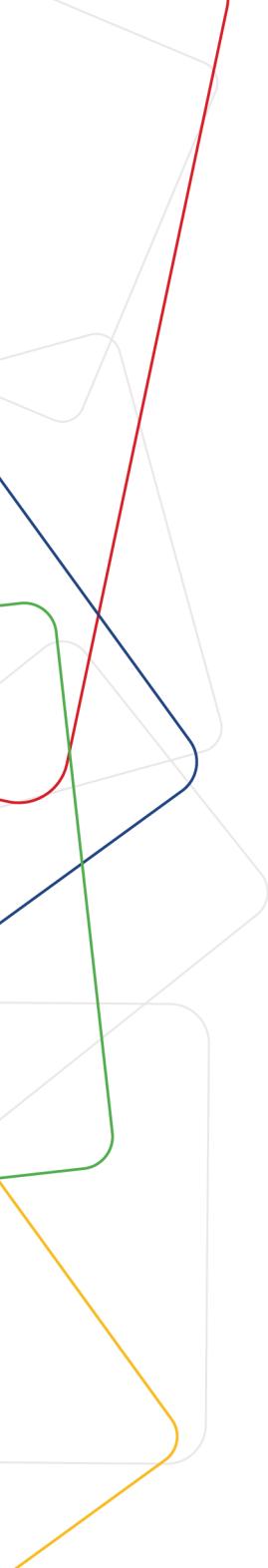
Figura 4 - Balão de tamponamento intra-uterino.



Fonte: Henrique, Alves e Lopes (2022).

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

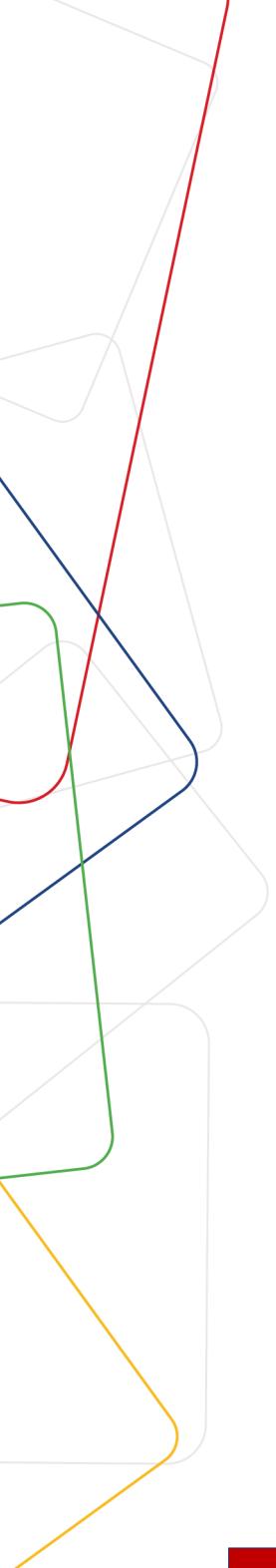
- a) Manter a paciente adequadamente monitorizada;
- b) Garantir que o útero não apresente qualquer fragmento de placenta, ou que não tenha lacerações ou traumatismo no trato genital;
- c) Realizar antisepsia, sondagem vesical de demora, exposição (valvas)

- 
- 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/clin-damicina 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 circumferencial 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 manequito 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



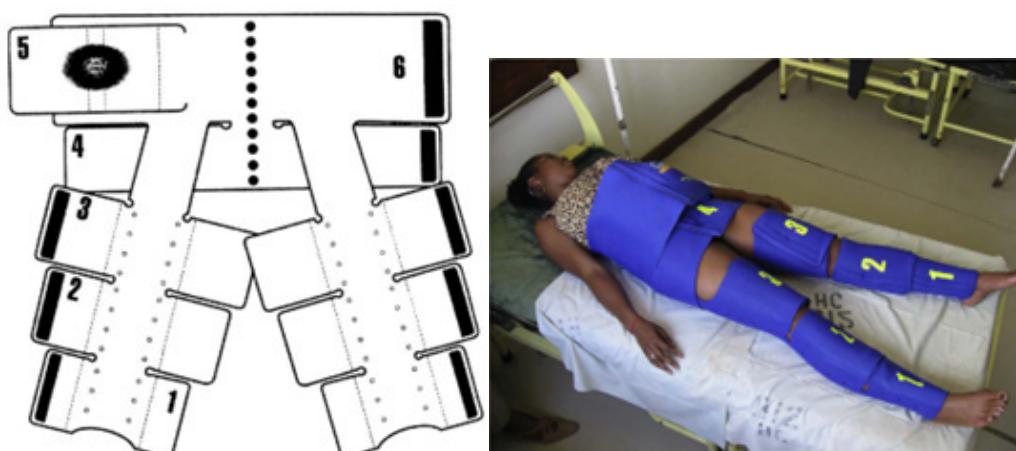
os segmentos inferiores. Após o fim da laparotomia, reposiciona-se os segmentos retirados para a cirurgia (Miller; Martin; Morris, 2008; OPAS, 2018)

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

- Pacientes com lesões supradiafragmáticas, doenças cardíacas e pulmonares graves (ex.: estenose mitral, hipertensão e edema agudo de pulmão) ou gestantes com feto vivo;
- O TAN pode ser mantido por horas ou dias;
- 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).

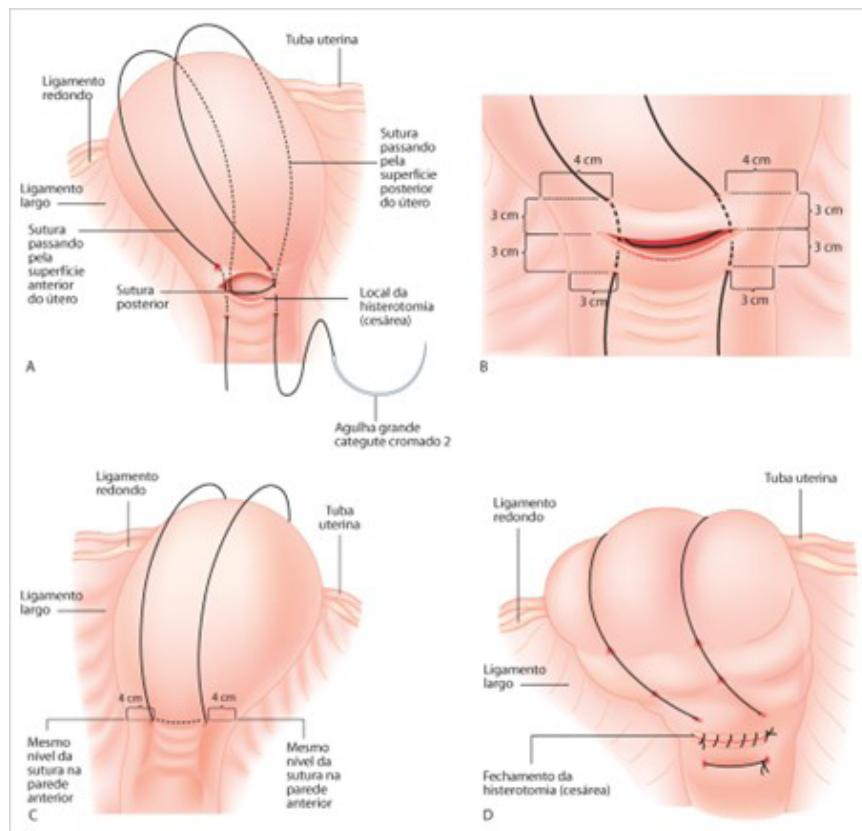
8.1.5 Sutura compressiva

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).

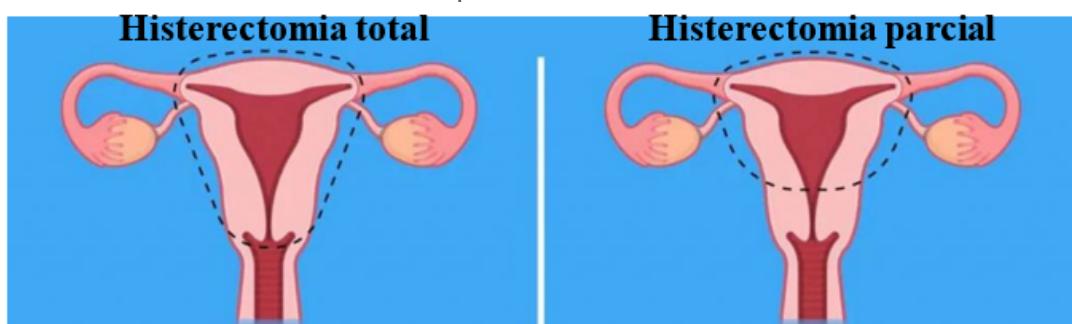
Legenda: A: Sutura de B-Lynch; B: Distância entre os pontos; C: visão posterior; D: aspecto final com histerorrafia.

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

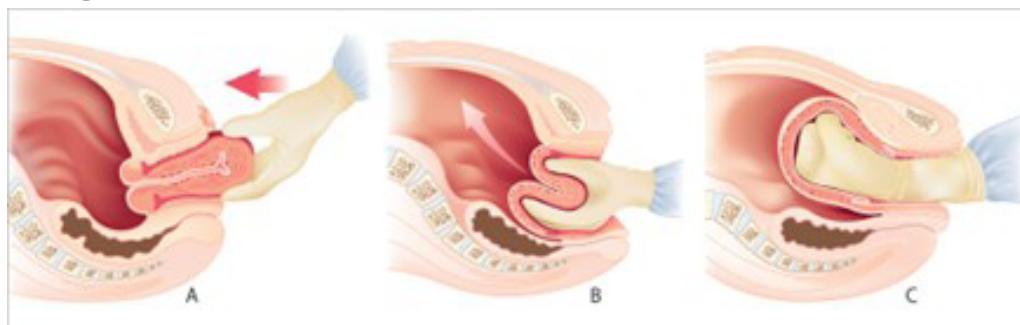
Quadro 7 - Causas e tratamento do trauma.

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.

OBS: Rever seguimento uterino de pacientes com cesárea previa após parto vaginal.

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) Mantem-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 acretisimo placentário (OPAS, 2018).

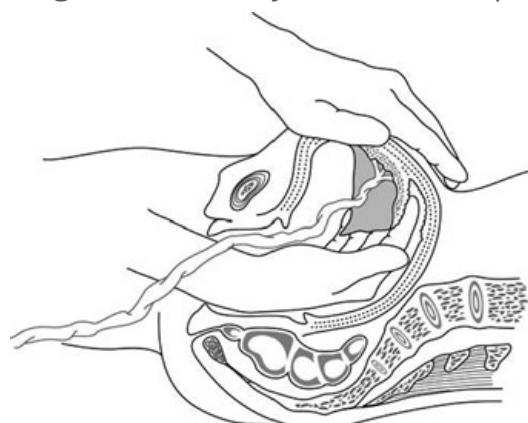
Nos casos de HPP devido a retenção placentária, deve ser feita revisão da cavidade uterina.

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

CAUSA	TRATAMENTO
Retenção placentária	Extração manual de placenta (fig 9)
Resto placentários	Curetagem
Acrestismo 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 Hemárias.
- 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 hemárias 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 hemárias em 24 horas ou mais de 4 unidades em 1 hora. O protocolo 1:1:1, que envolve a transfusão de Concentrado de Hemárias (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 Hemárias (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/mm³;
- 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. Acesso em: 15 jul. 2025.

BIENSTOCK, J. L.; EKE, C. A.; HUEPPCHEN, N. A. Postpartum Hemorrhage. **The New England Journal of Medicine**, [S. I.], 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. I.], 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. 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. I.], 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. 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. 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. 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. I.J, 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. I.], ©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-shok garment in postpartum haemorrhage. **Best Practice & Research. Clinical obstetrics & gynaecology**, [S. I.], 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. I.], 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. I.], 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. I.], v. 38, v. 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. I.], 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. I.], 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. I.], 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

		CHECKLIST KIT HEMORRAGIA CONFERÊNCIA INTERNA - MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
UNIDADE:	SETOR:		
ITENS DE VERIFICAÇÃO EXTERNA - GELADEIRA PARA TERMO LÁBEIS <small>Manter ocitocina dentro da geladeira em caixa se para da identificada (Setor que não tiver ocitocina na geladeira, solicitar na farmácia)</small>			
MEDICAÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
OCITOCINA (5 UI/1 mL)	08 AMPOLAS DE 1 ML		
ITENS DE VERIFICAÇÃO INTERNA - MALETA			
MEDICAÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
ÁCIDO TRANEXÂNICO 50 MG/ML	4		
METILERGOMETRINA (0,2 mg/ML)	2 AMPOLAS DE 1 ML		
MISOPROSTOL 200 mcg/cp	4 COMPROMÍDOS		
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10 ML	5		
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML	2		
RINGER COM LACTATO 500 ML	2		
MATERIAIS	QUANTIDADE	VALIDADE	LOTE
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 OXIGÉNIO/ CATETER NASAL TIPO ÓCULOS (na ausência da TORNEIRINHA)	1		
TORNEIRINHA	2		
POLIFIX ADULTO	2		
EQUIPO MACROGOTAS	2		
SONDA FOLEY Nº14	2		
LIDOCAINA 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 0 (ZERO) COM AGULHA	1		
CONTROLE DE ABERTURA DO KIT EM INTERCORRÊNCIAS - REVISÃO PELO SETOR			
ENFERMEIRO ASSINATURA E CARIMBO	Nº DO LACRE ROMPIDO	Nº DO NOVO LACRE	
DATA: _____ / _____ / _____			
CONTROLE DE ABERTURA MENSAL - REVISÃO PELO FARMACÊUTICO E ENFERMEIRO DO SETOR			
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

Checkagem do Coordenador
do Setor:
(assinatura)

UNIDADE:	MÊS:	SETOR:						
Orientações para a preenchimento: TURNO: 05 ou 09; OCITOCINA NA GELADEIRA: P REINICHER C (CONFORME) NC (NÃO CONFORME) NA (NÃO SE APLICA); NÚMERO DO LACRE: Deve ter numeração encontrada; ASSINATURA: Profissional responsável pela checkagem deve assinar e carimbá.								
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		



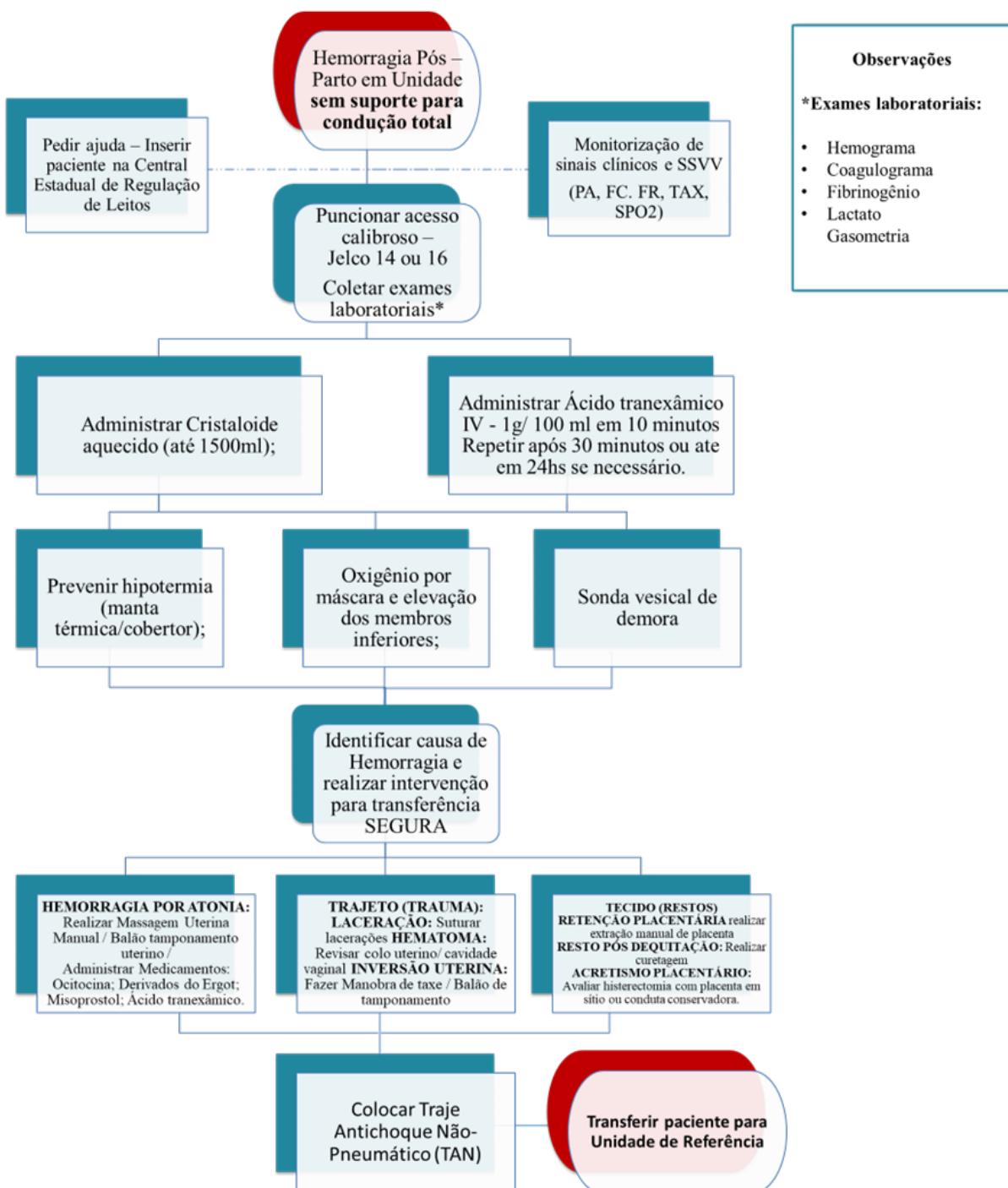
APÊNDICE E - BUNDLE PARA CONDUÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO



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



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: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	Classificação de risco de HPP realizada no pré-parto: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	
1. Reconhecimento precoce da HPP	4. Condução terapêutica	
<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)	
2. Acionamento e resposta da equipe	5. Desfecho do caso	
<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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Necessitou transfusão maciça? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Caso notificado para o NSP? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3. Aplicação do bundle	6. Observações adicionais	
<input type="checkbox"/> Instalação de acesso calibroso <input type="checkbox"/> Coleta de exames laboratoriais (hemograma, coagulograma, fibrinogênio, etc.) <input type="checkbox"/> Administração de oxicocina / misoprostol / ácido tranexâmico <input type="checkbox"/> Monitorização contínua (FC, PA, SatO ₂ , débito urinário) <input type="checkbox"/> Uso de manta térmica ou outras medidas contra hipotermia <input type="checkbox"/> Registro no prontuário com horário dos procedimentos		
Avaliação geral da adesão ao protocolo (checklist concluído):		
<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> 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	<p>Puérpera: Mulher no período pós-parto imediato até 42 dias após o parto.</p> <p>Hemorragia pós-parto (HPP): Perda sanguínea ≥ 500 mL após parto vaginal ou ≥ 1000 mL após cesariana, com ou sem repercussões hemodinâmicas.</p> <p>Evoluíram com HPP: Casos com diagnóstico clínico e/ou laboratorial de hemorragia pós-parto, conforme prontuário e critérios institucionais.</p>
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
FREQUÊNCIA	Mensal
REFERÊNCIAS	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: MS, 2017.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da mulher: condições agudas e crônicas. Brasília: MS, 2018.</p> <p>WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization, 2012.</p> <p>FIGO. Management of Postpartum Haemorrhage: Good Clinical Practice Advice. Int J Gynaecol Obstet. 2014.</p>

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	$\frac{\text{Número de óbitos maternos por HPP}}{\text{Número total de casos de HPP}} \times 100$
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	Óbito materno: 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. Hemorragia pós-parto: 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. https://aps.saude.gov.br/ape/mm 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"> • Garantir padronização da assistência; • Reduzir riscos maternos; • Melhorar a qualidade do cuidado obstétrico.
POPULAÇÃO-ALVO	Mulheres atendidas na unidade que apresentarem diagnóstico de hemorragia pós-parto.
FÓRMULA DO CÁLCULO	$\frac{\text{Número de casos de hemorragia com protocolo aplicado}}{\text{Número total de casos de hemorragia pós – parto identificados}} \times 100$
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	Hemorragia pós-parto: 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. Protocolo institucional: Conjunto de etapas padronizadas para prevenção, detecção precoce e manejo eficaz da hemorragia, alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS.
INTERPRETAÇÃO	Taxa alta: Indica boa adesão ao protocolo, associada à maior segurança materna e menor morbimortalidade. Taxa baixa: Sugere falhas no processo assistencial, necessidade de capacitação, ajustes estruturais ou revisão de fluxo.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem (%)
REFERENCIA DA META	Adesão $\geq 90\%$
ESTRATIFICAÇÃO	Por setor: Centro Obstétrico, Enfermarias, UTI Por turno: Diurno, Noturno Por causa da hemorragia: Atonia, Trauma, Coagulopatia, Retenção placentária
FREQUENCIA	Mensal, com análise trimestral e consolidação anual BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. <i>Protocolos de Assistência Obstétrica - Hemorragia Pós-Parto</i> . Brasília: MS, 2022. Organização Mundial da Saúde (OMS). <i>Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage</i> , 2017. OPAS/OMS. <i>Emergências Obstétricas: prevenção e manejo da hemorragia pós-parto</i> . 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. <i>Manual Técnico: Hemorragia Pós-Parto – prevenção, reconhecimento e condutas</i> . Brasília: MS, 2020. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil). <i>Boletim sobre segurança no uso de oxicocina e misoprostol</i> . 2023.
REFERÊNCIAS	

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"> • Avaliar a efetividade do manejo clínico e cirúrgico prévio; • Identificar oportunidades de prevenção de cirurgias radicais; • Reduzir morbimortalidade materna associada.
POPULAÇÃO-ALVO	Mulheres atendidas na maternidade que evoluíram com hemorragia pós-parto.
FÓRMULA DO CÁLCULO	$\frac{\text{Total de pacientes submetidas a histerectomia por falha no controle da HPP}}{\text{Total de casos de HPP atendidos}} \times 100$
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	Histerectomia obstétrica: remoção cirúrgica do útero durante ou após o parto como medida de salvamento. Hemorragia Pós-Parto (HPP): Perda sanguínea ≥ 500 mL após parto vaginal ou ≥ 1.000 mL após cesariana, com repercussões clínicas, independentemente da causa (atonia uterina, trauma/laceração, restos placentários, coagulopatias).
INTERPRETAÇÃO	Taxas elevadas: Podem indicar falhas no manejo clínico inicial da HPP, atraso no reconhecimento ou intervenção inadequada. Taxas baixas: 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 (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