



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 1/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025	Próxima revisão: 24/09/2027
		Versão: 02	

SUMÁRIO

1	SIGLAS E CONCEITOS	2
2	OBJETIVOS	2
3	JUSTIFICATIVAS	2
4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	3
5	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	3
6	DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E CAUSAS HPP	3
7	FATORES DE RISCO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO PREVENTIVO	4
	7.1 Medidas Preventivas na Assistência ao Parto	7
8	DIAGNÓSTICO	10
	8.1 Índice choque: FC / PAS	11
9	TRATAMENTO E PLANO TERAPÊUTICO	12
	9.1 Manejo inicial	12
	9.2 Pacotes de cuidados de segunda linha - contenção do sangramento	14
	9.3 Tratamento Medicamentoso HPP	17
	9.4 Tratamento não cirúrgico	18
	9.5 Tratamento Cirúrgico	19
10	MONITORAMENTO	19
11	KIT DE ATENDIMENTO	20
12	NOTIFICAÇÃO	20
13	FLUXOGRAMA	21
14	REFERÊNCIAS	22
15	HISTÓRICO DE REVISÃO	22
	ANEXO 1 - Kit de atendimento a urgência em HPP	23

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 2/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

1 SIGLAS E CONCEITOS

- HPP: Hemorragia Pós-Parto
- PAGO: Pronto Atendimento de Classificação de Risco
- CO: Centro Obstétrico
- AC: Alojamento Conjunto
- GO: Médico ginecologista e obstetra
- EO: Enfermeiro Obstetra
- TE: Técnico em enfermagem
- SOAR: Sistema Obstétrico de Alerta e Resposta
- IC: Índice de choque
- VIGIHOSP: sistema de vigilância em saúde e gestão de riscos assistenciais hospitalares
- ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ACR: Acolhimento e Classificação de Risco

2 OBJETIVOS

- Uniformizar as condutas preventivas e terapêuticas frente à HPP;
- Fortalecer as capacidades dos profissionais em habilidades para controle das emergências obstétricas hemorrágicas;
- Prevenção da morbimortalidade materna dentro do HU-UFGD.

3 JUSTIFICATIVAS

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população e a quase totalidade das mortes, são evitáveis. A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica, representa a 2ª causa de morte. Além da elevada mortalidade, um número expressivo de pacientes que sobrevivem evolui com sequelas físicas e/ou emocionais.

Sabe-se que existe uma relação direta entre um desfecho desfavorável materno e o tempo decorrido para se controlar o foco sangrante, que pode culminar na tríade letal do choque hipovolêmico, que consiste na presença de coagulopatia, hipotermia e acidose.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 3/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

O Sistema Obstétrico de Alerta e Resposta (SOAR) para a HPP é um sistema de trabalho ordenado que visa organizar e coordenar ações de redução do risco e da morbimortalidade, e propõe a implementação de processos de trabalho que incluem: a estratificação de risco de HPP, uso rotineiro e universal de uterotônicos após os partos, diagnóstico oportuno dos casos e monitoramento contínuo das pacientes.

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O presente protocolo se aplica a todas as gestantes e puérperas assistidas no HU-UFMG.

5 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Aplica-se a equipe médica e de enfermagem. Toda a equipe multiprofissional deve estar envolvida e capacitada para a triagem, manejo preventivo, identificação e conduta rápida e certa no manejo dos casos de HPP.

Todos os setores devem dispor dos kits (anexo 1) e fluxograma de atendimento a HPP em local visível e disponível a equipe e prover condições para o monitoramento das pacientes.

6 DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E CAUSAS HPP

Para fins de definição temos HPP:

- Perda sanguínea estimada acima de 500 ml após parto vaginal nas primeiras 24h;
- Perda sanguínea estimada acima de 1000 ml após cesárea nas primeiras 24h;
- Qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade;
- É definida como maciça quando: superior a 2000ml ou necessite de transfusão mínima de 1200ml (4 unidades) de concentrados de hemácias ou que resulte queda na hemoglobina $\geq 4\text{g/dl}$ ou distúrbio de coagulação.

As HPP são classificadas como:

- Primária (ou precoce): ocorre nas primeiras 24h após o parto. Causas: atonia uterina, restos placentários, acretismo, inversão uterina, lacerações e hematomas no canal do parto e distúrbios de coagulação;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 4/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

- Secundária (ou tardia): ocorre após 24h até seis semanas após o parto. Causas: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários, distúrbios da coagulação.

Entre as principais causas temos - mnemônico dos “4 Ts”:

- TÔNUS: Atonia Uterina (70% das causas)
- TRAUMA: Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina (19% das causas)
- TECIDO: Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário (10% das causas)
- TROMBINA: Coagulopatias congênicas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes (1% causas)

Importante ressaltar que mais de uma causa pode estar associado ao evento hemorrágico.

7 FATORES DE RISCO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO PREVENTIVO

A identificação dos fatores de risco desde admissão permite a estratificação das pacientes e cuidado diferenciado para aquelas com maior risco, sendo essa é a primeira estratégia para reduzir mortalidade materna por HPP. Dessa forma toda gestante atendida, durante o ACR deverá ser classificada de acordo com a Estratificação de Risco da HPP (quadro 2) A equipe médica ao identificar a necessidade de internação deverá com base no risco de HPP anteparto prescrever as medidas preventivas. As com classificação de ALTO RISCO deverá ser solicitado exames (Hemograma completo + Tipagem Sanguínea, prova cruzada), e reserva de hemocomponentes.

A paciente também será identificada com o uso da pulseira vermelha, anotação na placa beira leito e, cartão vermelho na capa do prontuário.

Durante toda a assistência a paciente deve ser reavaliada, visto que o risco pode se modificar ao longo do atendimento.

Quadro 1 - Fatores de risco anteparto e parto.

CONDIÇÕES CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS	CONDIÇÕES DO NASCIMENTO E PARTO
<ul style="list-style-type: none"> • Idade materna avançada >40 anos • Multiparidade • Gestação múltipla • Fertilização in vitro 	<ul style="list-style-type: none"> • Descolamento prematuro de placenta • Uso de drogas útero-relaxantes (ex. Sulfato de magnésio) • Trabalho de parto prolongado

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 5/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia uterina prévia • Antecedente de HPP • Obesidade • Miomatose uterina • Doença hipertensiva (gestacional ou prévia) • Placenta prévia/ Acretismo placentário • Anemia materna • Uso de anticoagulante • Coagulopatias • Macrossomia • Polidrâmnio • Corioamnionite 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto taquitócico. • Parto induzido • Laceração de canal de parto • Retenção placentária • Parto vaginal operatório (fórcipe ou vácuo extrator) • Parto cesariana • Inversão uterina • Anestesia geral
--	---

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

Quadro 2 - Estratificação de risco gestacional anteparto

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • BAIXO (RISCO VERDE) • Ausência de cicatriz uterina • Gravidez única • ≤ 3 partos vaginais prévios • Ausência de distúrbio de coagulação • Sem história de HPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesariana ou cirurgia uterina prévia • Pré-eclâmpsia leve • Hipertensão gestacional leve • Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrossomia fetal) • ≥ 4 partos vaginais • Corioamnionite • História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica • Obesidade materna (IMC > 35kg/m²) 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta prévia ou de inserção baixa • Pré-eclâmpsia grave • Hematócrito < 30% + fatores de risco Plaquetas < 100.000/ mm³ • Sangramento ativo à admissão • Coagulopatias • Uso de anticoagulantes • Descolamento prematuro de placenta • Placentação anômala (acretismo) • Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 6/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

As condições do parto e nascimento devem direcionar maior vigilância à paciente, devendo ela ser reclassificada para o risco de HPP e adotadas as medidas preventivas.

Quadro 3 - Estratificação de risco gestacional anteparto

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo ativo do 3º estágio • Observação rigorosa por 1 hora. • Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo ativo do 3º estágio • Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado • Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta • Identificação • Avaliar necessidade de acesso venoso periférico (Cateter nº 18) • Tipagem sanguínea • Hemograma 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo ativo do 3º estágio • Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado • Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta • Identificação • Puncionar 01 acesso venoso periférico (Cateter 18G) • Tipagem sanguínea • Hemograma • Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias - preencher requisição de hemocomponente com a indicação "ALTO RISCO HPP"). • Comunicar a agência transfusional – ramal 3186 e informar da requisição.

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 7/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

7.1 Medidas Preventivas na Assistência ao Parto

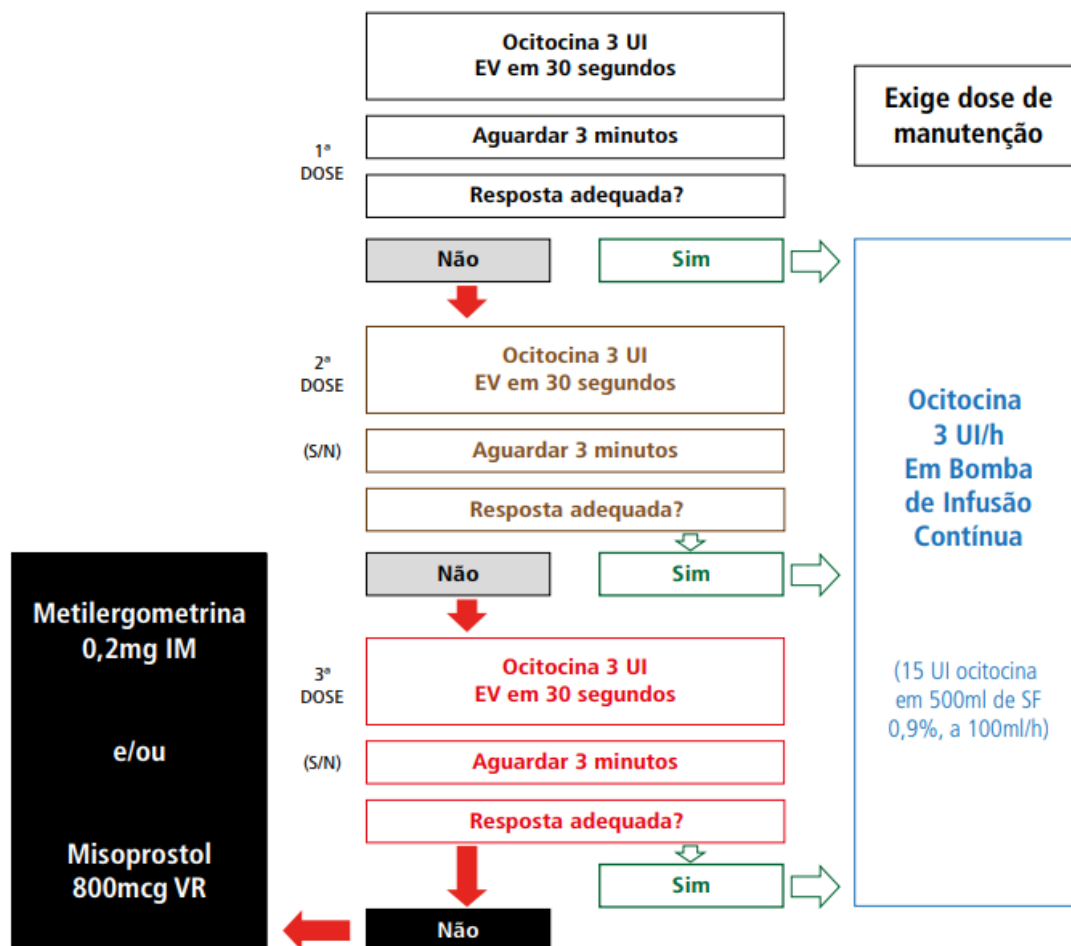
Quadro 4 - Esquema Terapêutico de Ocitocina para Prevenção de HPP

TIPO DE PARTO	ESQUEMA
VAGINAL	<p>10 UI de ocitocina, via intramuscular, logo após o nascimento.</p> <p>OBS: Em partos normais, com classificação de ALTO RISCO PARA HPP, realizar esquema endovenoso adicional com manutenção de 08 horas em BIC (20 UI de ocitocina diluídas em 500 mL de SF0,9% à 125ml/h) por 4 a 12 horas, em bomba de infusão contínua.</p>
CESARIANA	<p>10 UI de ocitocina, via intramuscular, logo após o nascimento.</p> <p>OU</p> <p>Esquema endovenoso de ocitocina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema endovenoso: de 5UI de ocitocina em infusão lenta por 3 minutos, seguido de dose de manutenção (20 UI de ocitocina diluídas em 500 mL de SF0,9% à 125ml/h) por 4 a 12 horas, em bomba de infusão contínua. • Ou regra dos 03 (figura abaixo). <p>Obs.: os esquemas endovenosos profiláticos de ocitocina exigem dose de manutenção em bomba de infusão contínua</p>

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 8/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025	Próxima revisão: 24/09/2027
		Versão: 02	

Figura 1 - Fluxograma Esquema de ocitocina endovenosa.



Fonte: OPAS, 2018.

Quadro 5 - Outras medidas preventivas de HPP.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	CARACTERÍSTICAS	OBSERVAÇÕES
Uso universal da ocitocina após o parto	Injetar 10 UI intramuscular de ocitocina, logo após o nascimento, em todos os partos. OU Esquema endovenoso para cesariana.	A ocitocina é o principal componente das medidas de prevenção da HPP, reduzindo-a em > 50%

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 9/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

Clampeamento oportuno do cordão umbilical	Realizar o clampeamento do cordão umbilical após 1º minuto de vida, na ausência de contraindicações.	Nenhuma dessas medidas substitui o uso preventivo da ocitocina logo após o nascimento.	
Tração controlada do cordão umbilical	Realizar apenas se profissional treinado. Associar a tração de cordão à manobra de Brandt-Andrews (para estabilização uterina).		
Vigilância/massagem uterina após dequitação	<ul style="list-style-type: none"> • Massagem gentil até atingir tônus satisfatório OU por 1 minuto, e estimativa de perda sanguínea a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após a retirada da placenta. • Avaliação de sinais vitais, a cada hora nas primeiras 4 horas • Para puérperas com ALTO RISCO de HPP manter monitorizada com verificação de PA e FC por 2 horas. 		
Contato pele a pele mãe-filho	Estimular o contato pele a pele, pois é uma medida de saúde pública e determina importante benefício para o vínculo mãe-filho.		São consideradas medidas adicionais e de impacto variável.
Outras medidas de prevenção	Uso racional da ocitocina no trabalho de parto Não realizar Manobra de Kristeller.		O uso racional é importante pois pode ocorrer dessensibilização expressiva dos receptores de ocitocina, o que culminaria com uma contratilidade débil no pós-parto.

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 10/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

8 DIAGNÓSTICO

Um dos grandes desafios no manejo da HPP é seu diagnóstico em tempo hábil. A estimativa correta e precoce da perda sanguínea permite o tratamento oportuno. Sempre que se suspeitar de sangramento aumentado no puerpério, independentemente, do método de identificação utilizado, a abordagem terapêutica deve ser imediata e focada na causa da hemorragia. **Não esperar os sinais clássicos de instabilidade hemodinâmica para o início do tratamento.**

Como estratégia de estimativa de perda volêmica adotaremos 02 critérios:

- **Estimativa visual:** é subjetiva e frequentemente subestima a perda sanguínea. Contudo, é uma metodologia simples, rápida e que pode surpreender um quadro hemorrágico em suas fases inicial (figura 2).

Figura 2 – Estimativa de perda sanguínea.

Poça de 100 cm de diâmetro	Cama com poça sobre lençol	Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão	
Compressas			
50% = 25 mL	75% = 50 mL	100% = 75 mL	Compressa Pingando = 100 mL
Poça de 50 cm de diâmetro	500 mL		
Poça de 75 cm de diâmetro	1.000 mL		
Poça de 100 cm de diâmetro	1.500 mL		
Cama com poça de sangue sobre o lençol	Provavelmente menos de 1.000 mL		
Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão	Provavelmente excede 1.000 mL		

Fonte: Adaptado a partir de Bose, Regan & Paterson-Brown, 2006 e Dildy III *et al*, 2004

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 11/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

- **Estimativa por meio de pesagem de compressas:** A contagem do número de compressas utilizadas em qualquer procedimento cirúrgico é uma medida que auxilia os processos de segurança do paciente. A pesagem das compressas representa ferramenta especialmente útil durante cesarianas ou histerectomias periparto. Para se definir a perda volêmica através da pesagem das compressas sujas de sangue, pode-se dizer que 1 mL de sangue equivale à aproximadamente 1 grama de peso.

A combinação da estimativa de perda sanguínea com a avaliação de sinais clínicos no pós-parto melhora a especificidade para o diagnóstico da HPP.

- **Estimativa clínica através do índice de choque (IC)** O IC é um parâmetro clínico que reflete o estado hemodinâmico da paciente, podendo ser útil para prever a necessidade de transfusão maciça. O IC parece ser um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce do que os marcadores tradicionais isoladamente (tais como frequência cardíaca e pressão arterial). O cálculo é obtido através da divisão da frequência cardíaca (FC) pela pressão arterial sistólica (PAS).

Valores superiores a 1 sinalizam perda sanguínea significativa, com necessidade de abordagem rápida. Valores entre 1,3 e 1,7 (choque moderado) são indicativos da avaliação da necessidade de transfusão, e > 1,7 (choque grave) necessidade de transfusão maciça.

8.1 Índice choque: FC / PAS

- Sinais clínicos relativos à perda sanguínea: o grau de choque será determinado pelo critério de maior gravidade.

Quadro 6 – índice de choque por perda sanguínea.

Índice de Choque	% perda e volume em ml	Nível de Consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado <1,0	10 – 15 % 500 – 1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não
Leve 1,0 – 1,3	16 25 % 1.000 – 1.500 ml	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91 – 100	80 – 90	Possível

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 12/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

Moderado 1,3 – 1,7	26 – 35 % 1.5000 – 2.000 ml	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101 – 120	70 – 79	Usualmente exigida
Grave >1,7	>35 % > 2.000 ml	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar 3''	>120	< 70	Possível transfusão maciça.

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

A presença de um ou mais critérios de maior gravidade determina a classificação do choque. Uma vez feito o diagnóstico, o mesmo deverá ser registrado em prontuário e alertado a toda a equipe multiprofissional para fins de vigilância dessa paciente.

9 TRATAMENTO E PLANO TERAPÊUTICO

O controle precoce da causa do sangramento e o direcionamento de condutas de manejo para tal é a medida mais eficaz no combate ao choque hipovolêmico. Contudo, até a definição da causa, inicia-se o tratamento pela atonia uterina, por ser a causa mais comum da HPP, e continua-se a investigação de outras possíveis causas.

9.1 Manejo inicial

Quadro 7 - Pacotes de cuidados de resgate de HPP - 1ª hora – alerta e causa.

RESGATE DE HPP 1ª HORA	AÇÃO PROPOSTA
1. Diagnosticar hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Estimativa de perda $\geq 500\text{ml}$ no PV/1000ml no PC e/ou até a 4ª hora pós-parto \rightarrow HEMORRAGIA • Registre o diagnóstico em prontuário • Verbalização clara do diagnóstico para equipe/comunicar paciente

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 13/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

2. Iniciar manejo inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Designe um responsável pelo controle das etapas do pacote de resgate - ele irá direcionar as tarefas a cada um da equipe (ex: enfermeiro) • Peça ajuda: equipe multidisciplinar (enfermeiro, Médico, TE) • Monitorização materna contínua - SSVV - PA, FC, T • Elevação dos membros inferiores (Posição de Trendelenburg) • Esvaziar bexiga e posicionar sonda vesical de demora (monitorar diurese) • Obtenha dois acessos venosos calibrosos (nº 18)
3. Coletar exames	<ul style="list-style-type: none"> • Sinalize paciente como alto risco • Colete os seguintes exames laboratoriais: Hemograma, Fibrinogênio, TS + coombs indireto, Coagulograma (tubo seco), Ionograma (eletrólitos) • Urgencie resultados
4. Instituir tratamento inicial M O R T	<ul style="list-style-type: none"> • M - Massagem uterina: inicie imediatamente massagem uterina vigorosa até perceber que o útero esteja contraído; • O - Ocitocina 5 UI, EV lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 mL SF 0,9% a Infusão 250 mL/h. Manutenção de 125 mL/h por 12 horas. Avaliar manutenção de ocitocina até 24 horas nos casos mais graves. • R - Reposição volêmica cuidadosa: cristalóide ou Ringer Lactato, bolus de 250 até 500ml (máximo de 1500ml), meta PAS >85mmHg • T- Transamin® (Ácido tranexâmico) 1g/EV diluído em 100ml - correr em 10 min., assim que identificar a hemorragia, em concomitância aos uterotônicos. Repetir dose na persistência do sangramento 30 minutos após 1a. dose;
5. Buscar a causa	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a origem do sangramento pela regra dos 4Ts – Tônus – Trauma – Tecido - Trombina

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 14/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

6. Reavaliar a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o Índice de choque (IC: FC/PAS) após 30 minutos do gatilho do resgate de primeira linha • SE IC ≥ 1 – abrir pacote de resgate de 2ª linha • SE IC < 1 e o sangramento diminuiu – manter observação clínica e coletar novo Hb/Ht após 4 horas da abertura do tratamento. • Evitar a Hipotermia. Tax: 15'/15' min na primeira hora. Manta Térmica e/ou Cobertores
-------------------------	--

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

9.2 Pacotes de cuidados de segunda linha - contenção do sangramento.

Consiste na estratégia de contenção do sangramento de forma a tratar a causa mais provável de sangramento. Se após 30 minutos do gatilho de 1ª linha o índice de choque (IC) for menor que 1 e o sangramento diminuir, deve-se manter a mulher em observação clínica por 4h e coletar Hb/Ht após 4h da abertura do PACOTE DE RESGATE.

Caso se observe IC ≥ 1 ou sangramento ativo, deve-se iniciar a busca sistemática das causas do sangramento e o tratamento específico.

Nesse momento a equipe deve encaminhar a paciente para o centro cirúrgico obstétrico – CCO, para que possa ser realizada a revisão do canal de parto e eventualmente, se não houver interrupção do sangramento, realizar procedimentos cirúrgicos de contenção do sangramento.

Quadro 8 - Pacotes de cuidados de contenção do sangramento

RESGATE	AÇÃO PROPOSTA
Diagnosticar hemorragia GRAVE	<p>SE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimativa de sangramento superior a 500ml no parto vaginal ou superior a 1000ml no parto cesariana e Índice de choque ≥ 1 após 30 minutos do gatilho do resgate de 1ª linha; • Sangramento $\geq 1000\text{ml} + \text{IC} \geq 1$; • $\text{IC} \geq 1,4$; <p>SOLICITAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reserva de leito em UTI

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 15/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

Iniciar manejo inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar paciente para uma sala com possibilidade de realização de procedimento cirúrgico; • Acionar equipe multidisciplinar (anestesia, banco de sangue, laboratório); • Manter monitorização do sangramento, sinais vitais e diurese. • Manter paciente aquecida • Administrar oxigênio por máscara facial de 8 a 10 L/min
Tratar a causa específica	<p>1. Tônus atonia uterina percebida pela avaliação clínica do tônus uterino por palpação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocitocina - Administrar 20 UI/EV em 2h – se paciente já com dose de manutenção, aumentar a velocidade de infusão para 250ml/h. • Misoprostol 800mcg via retal (cada comprimido 200mcg) • Ergometrina/ metilergometrina - 0,2 mg (01 ampola) IM a cada 2h, se necessário. Máximo 1 mg/24h – contraindicado em hipertensas ou cardiopatas.
	<p>2. Tecido Dequitação incompleta da placenta ou não dequitação após 30 minutos do parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensar em acretismo placentário • Realizar curagem, curetagem ou extração manual da placenta
	<p>3. Trauma Identificação de sangramento por lesões teciduais durante revisão do canal de parto ou do sítio operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sutura das lesões e contenção do sangramento • Ácido Tranexâmico 1g/IV, se persistência do sangramento 30 min após 1ª dose
	<p>4. Trombina Alterações da coagulação nos exames laboratoriais (plaquetas \leq 50 mil, fibrinogênio $<$150 mg/dl, TP (INR) \leq 1,5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acione hematologistas se possível; • Inicie reposição de fatores de coagulação conforme necessidade e protocolo específico • Solicitar vaga de transferência para UTI
Reavaliar a paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar continuamente o sangramento, pressão arterial e o Índice de choque após o gatilho do resgate de segunda linha.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 16/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar precocemente SANGRAMENTO AGUDO NÃO CONTROLADO OU SUSPEITA DE SANGRAMENTO e instabilidade hemodinâmica persistente através de pelo menos um dos parâmetros: <ul style="list-style-type: none"> → PAS < 90mmHg por período > 20 minutos APÓS 500 ML DE VOLUME → PAD < 60mmHg por período > 20 minutos APÓS 500 ML DE VOLUME → IC > 1,2 → Sonolência cuja causa possa ser hipovolemia → Frequência cardíaca maior ou igual a 110 bpm por mais de 20 minutos APÓS 500 ML DE VOLUME → Queda de 30% da PA basal por período maior que 20 minutos → Necessidade de 02 ou mais concentrados de hemácias no perioperatório → Lactato Venoso OU Arterial >36 • Iniciar procedimentos invasivos/cirúrgicos para contenção do sangramento: balão intrauterino, suturas compressivas, ligaduras vasculares, histerectomia SE Sangramento persistente e/ou hipotensão (PAS <85 mmHg) sem melhora com as medidas de resgate OU IC ≥ 1,4 OU Instabilidade clínica. • Se estabilização clínica e IC < 1 manter paciente em observação rigorosa por pelo menos 24 horas (monitorização preferencialmente em leito de UTI, se indisponibilidade de vaga manter monitoramento no CCO) • Manter uterotônico por 24 horas (dose SG5% 500 ml + 20 UI de ocitocina 8/8 horas por 24 horas) • Avaliar necessidade de transfusão maciça (transfusão ≥4u concentrado de hemácias, reposição volêmica > 50% da volemia em 2 h; instabilidade hemodinâmica; coagulopatia laboratorial; queda da hemoglobina > 4g/dl) e iniciar transfusão e plasma com CH na proporção 1:1
--	--

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 17/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

9.3 Tratamento Medicamentoso HPP

O tratamento medicamentoso é essencial no manejo da atonia uterina, seguindo a ordem de drogas abaixo.

Quadro 9 – Esquema de tratamento.

MEDICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OBSERVAÇÃO
OCITOCINA (1ª escolha)	<ul style="list-style-type: none"> Ataque: 5 UI - EV lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 ml SF 0,9% em BIC - a Infusão 250 ml/h. Manutenção: 20 UI em 500 ml SF 0,9% em BIC – infusão de 125 ml/h por 12 horas. 	Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de ocitocina até 24 horas (a uma velocidade de 67,5 ml/h ou 3 UI/hora). Nesses casos monitore rigorosamente a paciente pelo risco de intoxicação hídrica
ÁCIDO TRANEXÂMICO	<ul style="list-style-type: none"> 1.0 grama, endovenoso lento, em 10 minutos (4 ampolas em SF 0,9% 100ml) 	Iniciar assim que se identificar a hemorragia e em concomitância aos uterotônicos nos casos de atonia uterina. Repetir se persistência do sangramento 30 min após 1ª dose ou reinício do sangramento em até 24 horas da 1ª dose
METILERGOMETRINA	<ul style="list-style-type: none"> 0,2 mg, IM, repetir em 20 min, se necessário 	Nos casos de sangramentos graves: administrar mais três doses de 0,2 mg, IM, a cada 4 h/4 h (dose máx.: 1 mg/24 h) Contraindicação principal: pacientes hipertensas. Obs.: o início de ação do fármaco, via intramuscular, ocorre entre 2 e 3 min e sua meia-vida varia de 30 a 120 min.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 18/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

MISOPROSTOL	<ul style="list-style-type: none"> • 800 mcg, via retal ou oral 	<p>Considerar o tempo de latência para o início de ação do misoprostol:</p> <p>Via retal: Início de ação 15-20 min.</p> <p>Via oral: Início de ação 7-11 min.</p>
--------------------	--	---

Fonte: OPAS, 2018 (adaptado).

9.4 Tratamento não cirúrgico

I. Massagem uterina bimanual

A Manobra de Hamilton é a primeira manobra a ser realizada nos casos de atonia uterina, enquanto se realiza os uterotônicos e aguarda-se o seu efeito. O esvaziamento da bexiga antes da compressão é essencial para aumentar a eficácia da manobra.

II. Balão de Tamponamento Intrauterino - BIU

A principal indicação do BIU é a falha da terapia farmacológica na atonia uterina, também sendo utilizado com objetivo de tamponamento transitório enquanto a paciente aguarda uma terapia específica. Podem ser inseridos tanto após partos vaginais quanto em cesáreas.

Após a infusão, inicia-se a avaliação do teste de tamponamento, sendo positiva a eficácia quando após 30 min da infusão a perda sanguínea for inferior a 50 ml.

O tempo de permanência não deve exceder 24 horas, estando com indicação de retirada precoce após atingido o controle hemorrágico e a estabilidade hemodinâmica. Recomenda-se a retirada gradual, durante o dia, com sala cirúrgica reservada para casos de retorno do quadro hemorrágico. Durante o uso está indicado dose de manutenção de ocitocina e antibioticoprofilaxia.

III. Transfusão de Hemocomponentes e Hemoderivados

Deve-se ressaltar que os sinais clínicos são os critérios mais importantes na definição da necessidade de transfusão de hemocomponentes, haja vista que os exames laboratoriais geralmente não refletem, com fidedignidade, a perda sanguínea aguda de uma puerpera.

✓ METAS TRANSFUSIONAIS:

- Hemoglobina > 8g/dl
- Hematócrito 21-24%
- Plaquetas > 50.000 (ou > 100.000 se sangramento ativo)

Tipo do Documento	PROCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 19/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

- Protrombina < 1.5 x o controle
- PTTA < 1.5-1.7 x o controle
- Fibrinogênio > 200mg/dL

9.5 Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico estará indicado quando houver falha do manejo medicamentoso e das outras estratégias não cirúrgicas (tais como o balão de tamponamento intrauterino), ou ainda quando a única alternativa para se conter a hemorragia for a abordagem operatória.

Existem várias modalidades de tratamento cirúrgico, dentre as quais se destacam: as suturas compressivas (Técnica de B-Lynch, Técnica de Hayman, Técnica de Cho), as ligaduras vasculares (Ligadura das artérias uterinas, Ligadura das artérias ovarianas, Ligadura das artérias ilíacas internas), a histerectomia (a subtotal é a técnica de escolha) e a cirurgia de controle de danos (empacotamento pélvico com laparostomia).

10 MONITORAMENTO

Após o controle da HPP as puérperas deverão ser monitorizadas conforme a gravidade do choque:

- **Choque compensado:** se após medidas de controle da HPP, paciente mantiver estável por 01 hora poderá ser encaminhado para enfermaria clínica (AC ou CLO), sendo alocada preferencialmente em enfermaria próxima ao posto de enfermagem.

Na enfermaria primeiras 6h – ser mantida monitorizada, com registro em prontuário dos SSVV a cada hora. Após manter o controle de SSVV a cada 4 horas até completar 24h.

Orientar sinais de alerta para a puérpera e acompanhante.

Avaliar a cada 4/4h tônus uterino + avaliação do lóquios.

- **Choque Leve:** se apresentado choque leve, após medidas de controle da HPP manter em observação no setor por 02 horas. Se mantido estabilidade encaminhar para enfermaria clínica e seguir com as medidas de cuidado acima.
- **Choque Moderado a grave:** se apresentado choque moderado a grave, e após medidas de controle estabilização clínica e IC < 1 manter paciente em observação rigorosa por pelo menos 24 horas (monitorização preferencialmente em leito de UTI, se indisponibilidade de vaga manter monitoramento na RPA do CCO, atentar-se para acomodar paciente em leito).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 20/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

- Monitorização de SSVV com registro a cada hora (PA, FC, Sat O2, T)
- Manter manta térmica
- Coleta de novos exames após 04h do início do choque.
- Avaliação do sangramento e mensuração de perda sanguínea - 30/30 min.
- Manter SVD e controle de diurese.

11 KIT DE ATENDIMENTO

Os materiais do Kit de atendimento à urgência em HPP que deverá estar disponível em todos os setores de atendimento a paciente, conforme descrito no anexo 1.

E caixa contendo os materiais deverá estar em local visível, devidamente identificada, de fácil acesso a equipe, devendo estar completa e periodicamente conferida.

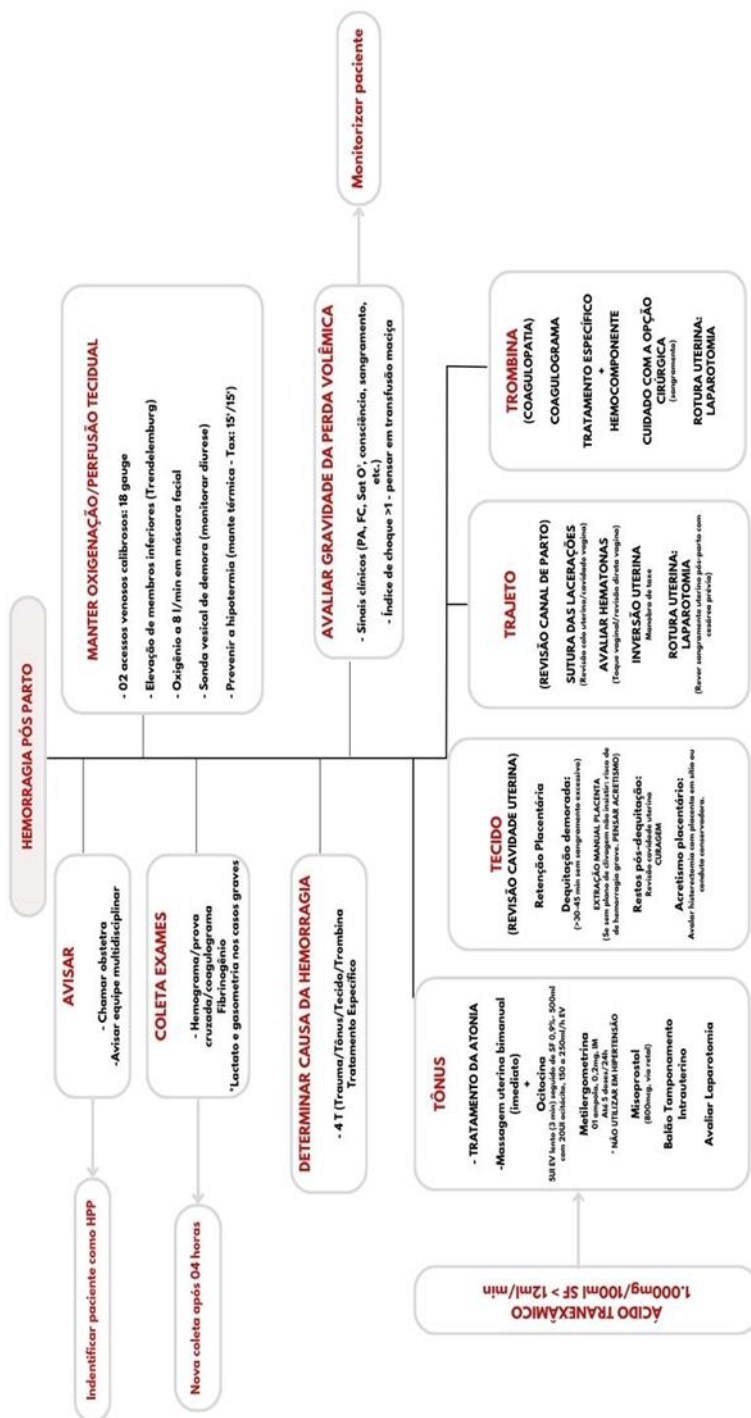
12 NOTIFICAÇÃO

As HPP deverão ser notificadas no AGHU nas fichas de atendimento ao Parto e Nascimento, nos campos relacionados: HPP + tratamento de HPP + hemotransfusão, a fim de monitorização dos casos e construção dos indicadores da unidade, e no VigiHosp.

A Posterior notificação das hemorragias na ANVISA será de atribuição da Unidade de gestão da qualidade e Segurança do paciente (UGQSP).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 21/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025	Próxima revisão: 24/09/2027
		Versão: 02	

13 FLUXOGRAMA



ATENÇÃO:

- Reavaliar o estado hemodinâmico de paciente e cada 250-500ml de cristaloides infundidos- Acima de 1500ml infundidos candidatos a terapia transfusional (coagulopatia dilucional)/reativar um foco de sangramento.
- Combater a hipotermia: Mantém térmicas/ Cobertores;
- Avaliar tratamento cirúrgico/laparotomia se falha de tratamento conservador

Adaptado de OPAS 2022

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 22/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

14 REFERÊNCIAS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Hemorragia pós-parto. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, n. 36).

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. São Paulo: FEBRASGO, 2020.

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/handle/10665.2/34879>.

15 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	07/2021	Elaboração do protocolo.
02	04/2024	Revisão e atualização do documento.

Elaboração Alessandro Postal – Médico Ginecologista Obstetra Angela I. Chaves Guimarães – Médica Ginecologista e Obstetra Renata Rodrigues de Paula – Enfermeira Obstetra	Data: 27/07/2021
Revisão Natália Carbonari Barboza; Crislaine da Silva Nantes Luana Maria Tassoni Ferro; Caroline Amaral Pereira Isabela Querido Lopes; Ana Isaura Correa dos Santos Karine Gomes Jarçen	Data: 02/04/2024
Análise Viviane Regina Noro – Chefe da UACAP Leonora Correa da Costa de Marchi – Chefe da UDE Paulo Henrique Lodi – Chefe da UPDE	Data: 05/08/2024 Data: 31/10/2024 Data: 07/08/2025
Validação Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 18/08/2025
Aprovação Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 24/09/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.008167/2024-41

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 23/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

ANEXO 1 - Kit de atendimento a urgência em HPP.

ITEM	QUANTIDADE
FLUXOGRAMA / CHECKLIST DE ATENDIMENTO	01 UNIDADE PLASTIFICADA
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	02 FRASCOS
RINGER LACTATO 500 ML	02 FRASCOS
EQUIPO DE SORO MACROGOTAS	02 UNIDADES
EQUIPO DE SORO BIC	01 UNIDADE
POLIFIX	02 UNIDADES
OCITOCINA 5UI/1ML	08 UNIDADES – RESERVADAS NA GELADEIRA
METILERGOMETRINA 0,2MG/ML	02 UNIDADES
MISOPROSTOL 200 MCG	04 UNIDADES – FORMULARIO PREENCHIDO P/HPP*
JELCO 18G	02 UNIDADES DE CADA
SERINGAS	02 UNIDADES 5ML 02 UNIDADES 10 ML 02 UNIDADES 20 ML
AGULHAS	04 UNIDADES 25X8 04 UNIDADES 40X12
MÁSCARA FACIAL DE O2 + LATEX	01 UNIDADE
SVD COM BOLSA COLETORA nº 16	02 UNIDADES
TUBOS DE COLETA DE SANGUE	02 UNIDADES DE TAMPA ROXA 01 UNIDADE DE TAMPA AMARELA (BIOQUÍMICA) 01 UNIDADE DE TAMPA BRANCA (PROVA DE COAGULAÇÃO BEIRA LEITO) 01 UNIDADE DE TAMPA AZUL.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.003 – Página 24/24	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO - HPP	Emissão: 24/09/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 24/09/2027

TERMÔMETRO	01 UNIDADE
MATERIAL P/ CONFECÇÃO DO BALAO INTRAUTERINO	02 UNIDADES CAMISINHA SEM LATEX 01 SVD 01 FIO DE ALGODÃO 02 UNIDADES DE LUYA ESTÉRIL 01 SERINGA 60 ML
ESPARADRAPO	01 UNIDADE
PEDIDOS APROVADOS E PRÉ-PREENCHIDO	FORMULARIO DE MISOPROSTOL – JUSTIFICATIVA HPP SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPETENTES PREENCHIDO

*Sabendo que o misoprostol é um medicamento de alta vigilância, este estará disponível da seguinte forma: Misoprostol de 800 mcg: CCO / CPN – caixa de HPP / 1º andar – carrinho de emergência / PAGO – dispensário.